Psihologie

Constantin Enăchescu

TRATAT DE PSIHOPATOLOGIE



Ediția a IV-a

Tabla de materii

Secţiunea a II-a

Psihopatologie clinică

Secţiunea a III-a

Psihopatologie nosologică

Secţiunea a IV-a

Psihopatologie antropologică şi socială

Secţiunea a V-a

Psihopatologie filozofică

Prefaţă la ediţia a IV-a

Prezenta ediţie a *Tratatului de psihopatologie* continuă linia ştiinţifică a ediţiilor anterioare, ca mod de organizare şi tratare didactică a tematicii „fenomenelor psihice morbide”. Spre deosebire însă de ediţiile anterioare, la versiunea actuală a fost adăugată a cincea secţiune, „Psihopatologie filozofică”, în care este analizată „nebunia” ca fenomen uman integrat în sfera ştiinţelor umaniste.

Diferit de *gândirea medico-psihiatrică* a *bolii mintale*, de *gândirea psihologico--psihopatologică* a *fenomenelor psihice morbide*, *gândirea filozofică* a *nebuniei* completează şi încheie cunoaşterea şi înţelegerea atât a *normalităţii*, cât şi a *anormalităţii* psihice (nebunia), din perspectiva ştiinţelor umaniste.

Dincolo de analiza factologică a clinicii psihiatrice şi de descrierea sistematic--psihologică a psihopatologiei, „analiza filozofică” se concentrează asupra „experienţelor sufleteşti” ca „trăiri interioare” ale *subiectului pur.* Această „analiză a subiectivităţii” se întemeiază pe „metoda dialecticii comprehensive”[1] care studiază *viaţa interioară*[2].

Studiul filozofic al nebuniei ne revelează existenţa a trei direcţii de cercetare, şi anume : *ontologia*, *axiologia* şi *metafizica.* Acceptarea şi înţelesul acestora sunt posibile dacă vom considera *nebunia*, ca de altfel şi *normalitatea*, ca fiind „ipostaze” egal posibile de „a fi” ale *persoanei umane.* Aceasta presupune faptul că *normalitatea psihică* şi *nebunia* sunt complementare, ele explicându-se şi justificându-se reciproc, prin raportare la persoana umană.

Inseparabile de persoană, *normalitatea* şi *nebunia* se prezintă ca modalităţi de „a fi” organizate în raport cu „întinderea” şi cu „durata” interioară a persoanei umane. Această concluzie, pe care o considerăm deosebit de importantă, ne permite să postulăm existenţa unei „potenţialităţi psihoenergetice” ce are capacitatea de a determina modalitatea de „a fi astfel” – normalitatea – sau de „a fi altfel” – nebunia – , ca stări ale persoanei umane.

Se poate trage concluzia că prin „natura” sa persoana umană este organizată şi funcţionează dialectic, iar atât *normalitatea* – sănătatea mintală –, cât şi *anormalitatea* – nebunia – nu sunt decât ipostaze egal posibile de „a fi” ale acesteia. În felul acesta, analiza filozofică a nebuniei, precedată de analiza psihiatrică şi de analiza psihologică, vine să completeze şi să încheie efortul de înţelegere a acesteia.

---

1. C. Enăchescu, *Da şi nu. Dialectica comprehensivă a vieţii sufleteşti*, Editura Paideia, Bucureşti, 2006.
2. C. Enăchescu, *Experienţa vieţii interioare şi cunoaşterea de sine. De la Socrate la Freud*, Editura Fast Print, Bucureşti, 1997.

Pentru cei interesaţi să aprofundeze cunoaşterea filozofică a nebuniei, recomandăm lucrările noastre anterioare, *Fenomenologia nebuniei*, *Experienţa vieţii interioare şi cunoaşterea de sine. De la Socrate la Freud* şi *Da şi nu. Dialectica comprehensivă a vieţii sufleteşti*.

Sperăm ca această nouă ediţie a *Tratatului de psihopatologie* să ofere o viziune care, din punct de vedere tematic, să permită accesul la o înţelegere de largă deschidere a nebuniei, considerată un „fenomen uman".

Ţin pe această cale să reînnoiesc sentimentele mele de gratitudine faţă de Editura Polirom, de care mă simt legat printr-o bogată colaborare intelectuală.

Autorul
Bucureşti, 2007

Prefaţă la ediţia a III-a

Noua versiune a *Tratatului de psihopatologie* este rezultatul unor serioase reflecţii asupra ediţiilor anterioare. Deşi forma iniţială a organizării şi tratării tematicilor cuprinse nu s-a schimbat esenţial, am adăugat la prezenta ediţie câteva capitole noi, revizuind şi adăugind în egală măsură pe cele existente. La toate acestea am fost îndemnat de observaţiile făcute asupra ediţiilor anterioare şi nu în ultimul rând de interesul manifestat de către studenţii care au audiat cursurile predate şi au participat la lecţiile şi demonstraţiile clinice din spitalele de psihiatrie, dictate de necesităţile însuşirii şi utilizării cunoştinţelor de psihopatologie în viitoarea lor activitate ca psihologi. Cerinţele generate de interesul lor ştiinţific şi profesional au constituit, în felul acesta, un important îndemn pentru mine.

Coroborarea observaţiei clinice cu perspectiva interpretării psihopatologice *a fenomenelor psihice morbide* atât din punctul de vedere al psihologului, cât mai ales condusă după o metodologie inspirată din fenomenologie şi existenţialism a dus la conturarea unei viziuni antropologice despre *psihopatologie.* Faptul ne-a obligat să scoatem în evidenţă şi să analizăm aspecte noi, interesante, legate de semnificaţia fenomenelor psihice morbide considerate ca *experienţe ontologice* înscrise în „istoria psihobiografică" a bolnavilor psihic. Acest punct de vedere, complet diferit de cel al clinicii psihiatrice, configurează specificitatea psihopatologiei ca domeniu de cunoaştere a *nebuniei*[1].

Dincolo de aspectele exterioare ale „normalităţii" sau ale „anormalităţii" psihice, considerate ca „sănătate mintală" sau ca „boală psihică", trebuie descoperite şi explicate, pentru a putea fi înţelese, semnificaţiile vieţii interioare, ale naturii persoanei umane sănătoase sau bolnave psihic. Acesta este aspectul pe care am căutat, în mod special, să-l punem în evidenţă în ediţia de faţă. Credem că prin aceasta am reuşit să aducem un important adaos ediţiilor anterioare.

Sperăm ca noua versiune a *Tratatului de psihopatologie* să poată răspunde în continuare exigenţelor intelectuale crescânde ale învăţământului universitar, contribuind în felul acesta la specializarea celor care aspiră la cunoaşterea şi înţelegerea suferinţelor psihice.

Autorul

Bucureşti, 2005

1. C. Enăchescu, *Fenomenologia nebuniei*, Editura Paideia, Bucureşti, 2003.

Prefaţă la ediţia a II-a

Interesul manifestat pentru *Tratatul de psihopatologie*, epuizarea sa rapidă, precum şi solicitările continue ale acestei lucrări ne-au determinat să pregătim o nouă ediţie, pe care o prezentăm astăzi celor interesaţi. În acest scop am revizuit prima versiune a cărţii, adăugând textului iniţial numeroase completări şi corectări pe care le-am considerat absolut necesare, întregind şi aprofundând, în felul acesta, cadrul tematic al domeniului tratat.

Nu am scăpat nici un moment din vedere faptul că prezenta lucrare nu este o carte de psihiatrie, ci un *Tratat de psihopatologie*, căutând în sensul acesta să se conformeze cerinţelor speciale ale studiului „fenomenelor psihice morbide", al naturii persoanei bolnavului psihic, dintr-o perspectivă psihoantropologică apropiată, în primul rând, de domeniul ştiinţelor umaniste, deosebindu-se prin aceasta de orice tratat de medicină. Viziunea psihoantropologică a urmărit să ne reveleze natura particulară a persoanei bolnavului mintal, semnificaţia umană a „nebuniei" şi înţelegerea „fenomenelor psihice morbide" în primul rând dintr-o perspectivă proprie psihologiei.

Ca şi la prima sa ediţie, lucrarea se adresează studenţilor de la facultăţile de psihologie şi disciplinele umaniste înrudite, dar, în egală măsură, şi studenţilor de la facultăţile de medicină, precum şi psihologilor şi medicilor cercetători ştiinţifici în acest domeniu, iar în final, oricărui om de cultură.

Noua ediţie respectă modelul de organizare al precedentei, urmărind aceeaşi direcţie doctrinară ca „mod de a gândi" fenomenul psihic morbid, oferind în felul acesta un „stil de gândire" şi o „atitudine metodologică" unitară, indiferent de direcţiile din care sunt analizate „boala psihică" şi „bolnavul mintal".

Urmărind această linie, am căutat să răspundem atât exigenţelor umaniste ale psihologiei, cât şi celor de ordin medical ale psihiatriei, având în vedere faptul că psihopatologia îşi ia *obiectul* de la psihiatrie, iar *metodele* şi *modelul de gândire*, din psihologie. Din acest motiv, „nebunia", „fenomenele psihice morbide" au fost studiate în primul rând ca „obiect în sine", ca „fenomene umane" de o factură particulară, căutând prin aceasta să le separăm atât de „atitudinea psihologică", cât şi de „atitudinea psihiatrică", plasându-le în contextul unei „antropologii generale", în interiorul căreia „suferinţa psihică", considerată de psihiatrie ca „boală", este înţeleasă ca un tip particular de „experienţă sufletească interioară", integrată în contextul psihobiografic sau al „istoriei vieţii interioare" a persoanei cu tulburări psihice – ca pe un „accident ontologic" al acesteia.

Credem că în felul acesta am reuşit să realizăm un studiu al imaginii suferinţei psihice „în sine", desprinse de orice fel de atitudine angajată care să o eticheteze ca „obiect", fie al psihologiei, fie al medicinei. Această perspectivă deschide astfel calea unei reflecţii particulare asupra „nebuniei", dincolo de cadrele psihologiei şi ale psihiatriei, configurând

sfera de referință a psihopatologiei ca disciplină umană explicativă, de care pot beneficia atât psihologia, cât şi psihiatria, ambele considerate ca domenii practic-aplicative, diferențiate prin obiect şi metodă, în abordarea vieții sufleteşti.

Sperăm ca efortul depus la revizuirea şi completarea noii ediții să se fi realizat într-o direcție pozitivă, conformă cu intențiile noastre, dar şi cu rigorile disciplinei psihopatologiei.

Ca şi prima ediție, prezenta versiune a *Tratatului de psihopatologie* este dedicată studenților mei de la Facultatea de Psihologie a Universității din Bucureşti, care au audiat cursurile predate şi au participat la dezbaterile teoretice şi la analiza cazurilor clinice din Spitalele de Psihiatrie „Prof. dr. Al. Obreja" şi „Bălăceanca". Acestor tineri studioşi şi entuziaşti le închin lucrarea drept îndemn pentru studiile viitoare de cunoaştere a persoanei umane şi a celei mai răscolitoare drame sufleteşti.

Autorul
Bucureşti, 2001

Prefaţă la ediţia I

Orice încercare de abordare a *psihopatologiei* se confruntă cu dificultăţi inerente dintre cele mai variate. Dincolo de precizarea şi abordarea directă a „obiectului” psihopatologiei, se ridică bariere de ordinul „ideologiilor intelectualiste” referitoare la modul de a considera obiectul psihopatologiei raportat la o anumită mentalitate sau chiar tradiţie doctrinară. Faptul se datorează unor atitudini intelectuale venite din direcţii diferite, dintre care cea mai importantă este, în mod incontestabil, atitudinea medicală, aparent simplist-reducţionistă, de a nu recunoaşte nici un fel de diferenţă între *psihiatria clinică*, văzută ca disciplină şi specialitate medicală, şi *psihopatologie*, ca disciplină aparţinând domeniului ştiinţelor umaniste. Fireşte că, făcând această afirmaţie, nu negăm înrudirea psihiatriei clinice cu sfera ştiinţelor umaniste, dar, spre deosebire de psihopatologie, aceasta rămâne o ramură a medicinei. Pe aceste considerente, orice abordare a psihopatologiei trebuie să înceapă prin a-i delimita sfera de domeniul psihiatriei clinice, cu care de multe ori este asimilată în mod eronat. Trebuie, prin urmare, făcută în mod exact această delimitare epistemologică între *psihiatrie şi psihopatologie.*

Psihiatria, ca specialitate clinică în cadrul ştiinţelor medicale, se ocupă cu studiul *bolilor psihice*, urmărind cauzele ce le produc, stabilirea formei clinice a bolii prin intermediul diagnosticului pozitiv şi diferenţial, încheind prin instituirea unui tratament de specialitate adecvat în scopul combaterii cauzelor îmbolnăvirii şi al restabilirii stării de echilibru psihic care este *sănătatea mintală*.

Obiectul psihiatriei îl reprezintă *bolnavul psihic*, considerat din punct de vedere clinic ca un om aflat în suferinţă. Având în vedere aceste aspecte ale patologiei vieţii psihice, psihiatria se situează într-o poziţie opusă psihologiei, care este ştiinţa ce studiază procesele psihice şi personalitatea omului normal sau sănătos psihic.

Dacă *psihiatria*, ca specialitate medicală, este o disciplină analitico-descriptivă a bolilor psihice, *psihologia*, ca ştiinţă umană, este o disciplină analitico-descriptivă a proceselor psihice, a actelor şi manifestărilor exterioare ale personalităţii indivizilor normali psihic.

Metodologic, psihiatria se bazează pe observaţia şi anamneza clinică a bolnavilor mintal, iar psihologia, pe observaţia şi psihodiagnosticul subiecţilor normali. În cazul acesta, ne punem întrebările „Ce este psihopatologia ? ” şi, în al doilea rând, „Ce loc ocupă ea în raport cu psihiatria şi psihologia ? ”.

Psihopatologia studiază *fenomenul psihic morbid*, separându-se în felul acesta atât de psihiatrie, cât şi de psihologie sau, mai exact, situându-se între aceste două domenii. Ea nu se interesează de bolile psihice ca psihiatria, nefiind o disciplină medicală, ci utilizează „materialul psihiatric”, comparându-l cu „normalul psihic” oferit de psihologie. În raporturile sale cu psihologia, psihopatologia utilizează principiile metodologice

aplicate la studiul „normalităţii psihice" în procesul de evaluare a „fenomenului psihic morbid".

Ca metodologie specifică, psihopatologia apelează la metoda fenomenologică în interpretarea fenomenelor morbide ale vieţii psihice. În felul acesta, ea se constituie ca o „atitudine reflexivă", căutând să cunoască şi să înţeleagă natura şi semnificaţia „fenomenelor psihice morbide". Din acest punct de vedere, metodologia psihopatologiei se deosebeşte atât de observaţia clinico-medicală a psihiatriei, cât şi de tehnicile psihodiagnostice specifice ale psihologiei. Ea va utiliza, în explorarea anormalităţii psihice, „metoda filozofică" adaptată la cerinţele specifice ale obiectului său. Prin aceasta, *psihopatologia* se situează net în câmpul ştiinţelor umaniste, devenind o *psihoantropologie* a vieţii psihice morbide.

Fenomenul psihic morbid este privit de psihopatologie atât ca natură a persoanei – prin urmare, ca o dimensiune *antropologică* particulară a fiinţei –, cât şi ca o nouă modalitate de a exista a acesteia – prin urmare, ca un dat *ontologic*. Natura morbidului psihologic rămâne însă permanent interioară fiinţei umane, persoanei, fiind un fapt de experienţă sufletească proprie subiectului ca „natură trăită" de acesta.

Dacă *psihiatria* analizează „din exterior" tulburările mintale considerate drept *simptome clinice*, *sindroame* sau *boli* cu un caracter specific obiectivat şi net individualizate în spaţiul clinico-medical, iar *psihologia* studiază organizarea personalităţii, procesele psihice şi manifestările comportamentale ale acestora, tot „din exterior", *psihopatologia* caută să pătrundă în „interioritatea" persoanei umane, prin descifrarea sensului fenomenului psihic morbid ca modalitate de „a fi" a bolnavului psihic în comparaţie cu omul normal.

Metoda comprehensivă, propusă de K. Jaspers, este, în primul rând, o „atitudine metodologică" ce deschide o nouă direcţie a cercetării în acest sens. Ea este completată cu „analiza existenţială" a lui L. Binswanger şi cu „hermeneutica actului psihiatric" de către H. Tellenbach.

Toate aceste metode de inspiraţie filozofică îşi recunosc filiera în fenomenologia husserliană şi în existenţialismul heideggerian. Persoana umană aflată în suferinţă psihică este înţeleasă într-un sens antropologic lărgit, ca păstrătoare a unei „istorii interioare sufleteşti" de o formă particulară (L. Binswanger), din cunoaşterea acesteia constituindu-se o „antropologie psihopatologică" (V.E. von Gebsattel, R. Kuhn, A. Zutt, A. Christian).

Ideea unei antropologii psihopatologice o regăsim încă de la I. Kant, care, pe lângă analiza fenomenelor psihice normale, se ocupă şi de „bolile psihice" şi de suicid, acordându-le o atenţie deosebită. Al doilea moment în analiza antropologică a vieţii psihice o regăsim la Maine de Biran, care scoate în evidenţă valoarea introspecţiei. În secolul XX, filozofi de marcă vor relua studiile de antropologie filozofică, aducând importante şi noi contribuţii în acest domeniu (W. Dilthey, L. Lavelle, H. Bergson, E. Husserl, M. Heidegger, Cl. Lévi-Strauss, G. Gusdorf, J.-P. Sartre, M. Foucault). O contribuţie importantă este adusă, în ambele planuri ale antropologiei psihologice, atât normale, cât şi patologice, de către K. Jaspers, L. Binswanger, V.E. von Gebsattel, K. Schneider, E. Minkowski, G.E. Morselli, M. Manfredi şi D. Cargnello.

Putem afirma, din acest moment, că *psihopatologia* se constituie ca o *psihoantropologie* a fenomenului psihic morbid, având ca metodă de studiu *reflecţia filozofică*. Deşi este net delimitată şi are individualitate specifică în seria ştiinţelor umaniste,

psihopatologia va continua să se situeze permanent între psihiatria clinică, de la care, cum spuneam mai sus, ia „materialul de studiu", şi psihologia normală, de la care ia sistemul de organizare a vieţii psihice, a personalităţii, criteriile de evaluare a „normalului" şi „patologicului" în viaţa psihică.

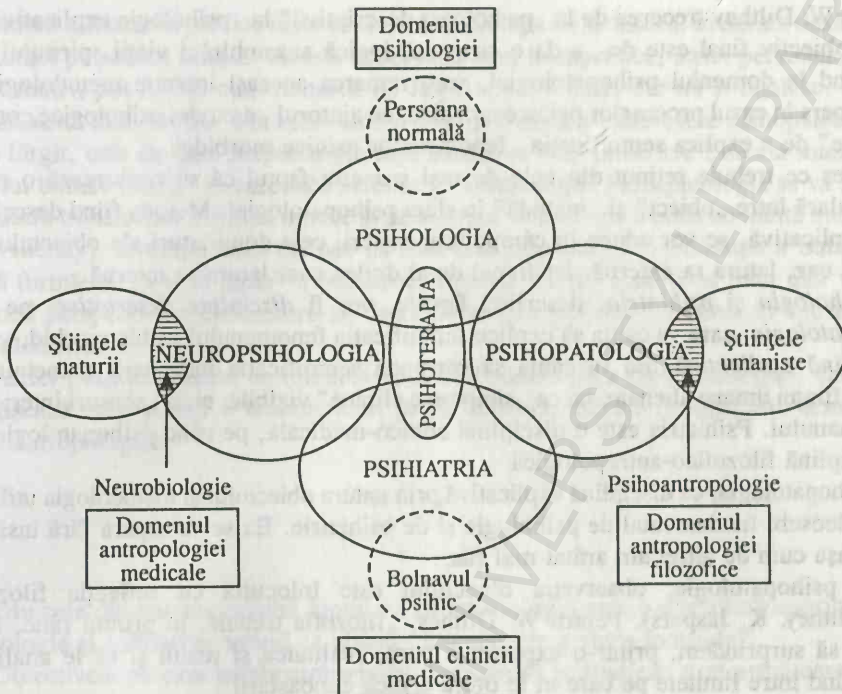
Se poate însă ridica o problemă firească în acest caz. Dacă *psihologia* este ştiinţa ce pune în evidenţă procesele psihice normale şi le analizează metodic după tehnici bine stabilite şi dacă *psihiatria* este ştiinţa care studiază aspectele patologice ale vieţii psihice după o metodologie la fel de bine condusă, pentru ce mai este necesară, în cazul acesta, *psihopatologia*? Mai mult chiar, se pune întrebarea „ce aduce nou" sau „ce aduce în plus" psihopatologia? Este ea necesară sau, dimpotrivă, constituie un domeniu artificial creat de o „altfel de metodologie" decât cele utilizate de psihologie sau de psihiatrie?

Iată câteva probleme care, cel puţin formal, pot pune serios în discuţie domeniul psihopatologiei şi legitimitatea acesteia. Mai mult decât atât, şi psihopatologia, şi psihiatria sunt discipline care se cuprind tot în sfera ştiinţelor umaniste. Şi atunci se pune din nou întrebarea: „De ce psihopatologia?". Nu se poate înainta fără a se răspunde la aceste întrebări care, de fapt, departe de a slăbi poziţia psihopatologiei, vin să o consolideze.

Răspunsurile la aceste întrebări vin din sfera ştiinţelor umaniste. Spuneam mai sus că atât psihologia, cât şi psihiatria au ca obiect descrierea şi clasificarea proceselor psihice şi ale manifestărilor acestora în stare normală sau patologică. În ambele cazuri însă, pentru a putea explica şi înţelege aceste procese, se iau ca model de referinţă ştiinţele naturii, legându-se în ambele situaţii viaţa psihică de activitatea creierului. Limita, dar concomitent şi conexiunea dintre ştiinţele naturii şi psihologie, este reprezentată prin *neuropsihofiziologie*, aşa cum au demonstrat Fechner şi Wundt, domeniu care ulterior s-a extins şi a căpătat o dezvoltare considerabilă, devenind disciplină ştiinţifică de sine stătătoare – *neuropsihologia* –, şi cuprinde atât aspecte ale normalităţii, cât şi ale patologicului.

În mod egal, limita dintre antropologie şi psihologie, pe de o parte, şi psihiatrie, pe de altă parte, a dus la apariţia unui domeniu nou, cu o configuraţie particulară şi o identitate proprie – *psihopatologia*. În sensul acesta, este suficient să menţionăm contribuţiile aduse de C. von Monakov şi R. Mourgue, K. Goldstein şi Gelb, H. Jackson, H. Ey, E. Minkowski, K. Jaspers, L. Binswanger, D. Cargnello, G.E. Morselli şi M. Manfredi.

Din acest moment, situaţia prezentată anterior ne apare complet schimbată. Atât *psihologia*, ca domeniu al normalităţii psihice, cât şi *psihiatria*, ca domeniu al anormalităţii psihice, sunt cuprinse între *neuropsihologie*, ce le leagă de ştiinţele naturii, şi *psihopatologie*, care le conexează prin antropologie la ştiinţele umaniste, aşa cum se poate vedea în schema de mai jos.



Reprezentare schematică a relaţiilor dintre disciplinele psihologice

W. Dilthey, care vede în psihologie o ştiinţă fundamentală ce sistematizează toate cunoştinţele despre spirit, afirmă că psihologia are două surse fundamentale. Pe de o parte, ştiinţele naturii reprezentate prin biologie (neuropsihologie), iar pe de altă parte, ştiinţele umaniste, reprezentate prin filozofie (psihoantropologie). Acest aspect, adus în discuţie de W. Dilthey în secolul al XIX-lea pentru psihologie, este reluat în secolul XX pentru psihiatrie, căreia i se subliniază dubla apartenenţă la ştiinţele biologice, ca specialitate medicală, şi la ştiinţele umaniste, ca antropologie (K. Jaspers, L. Binswanger, V.E. von Gebsattel, R. Kuhn, A. Zutt, H. Tellenbach, H. Ey).

Această remarcă este foarte importantă pentru precizarea locului şi a identităţii psihopatologiei, care se legitimează ca disciplină ştiinţifică de sine stătătoare.

W. Dilthey dinspre ştiinţele umaniste şi K. Jaspers dinspre medicină fac distincţia bipolarităţii originii psihologiei şi a psihiatriei, dar analiza lor este axată pe aspectele exterioare, de contingenţă, ale acestor domenii. Din acest motiv, concluziile lor vor fi în primul rând de ordin metodologic.

Ceea ce credem că trebuie pus ca problemă centrală este *obiectul* şi, ulterior, *metodele*. Şi W. Dilthey, şi K. Jaspers cultivă ordinea sigură a spiritului metodic. Astfel, pentru W. Dilthey, „psihologia nu se va achita de sarcinile sale ca ştiinţă fundamentală decât dacă se va ţine în limitele unei ştiinţe descriptive care nu face decât să constate faptele şi concordanţa faptelor", idee preluată şi aplicată de K. Jaspers în cazul psihopatologiei. Concluzia teoretică a unei atari atitudini metodologice este

pentru W. Dilthey trecerea de la „psihologia descriptivă" la „psihologia explicativă", al cărei obiectiv final este de „a da o structură logică ansamblului vieţii spiritului". Şi, revenind la domeniul psihopatologiei, vom remarca aceeaşi intenţie metodologică la K. Jaspers în cazul proceselor psihice morbide, cu ajutorul „metodei psihologice comprehensive" de a explica semnificaţia „fenomenelor psihice morbide".

Ceea ce trebuie reţinut din cele de mai sus este faptul că se conturează o relaţie particulară între „obiect" şi „metodă" în sfera psihopatologiei. Metoda fiind descriptivă sau explicativă, se vor aduce în câmpul cunoaşterii cele două laturi ale obiectului : în primul caz, latura sa externă, iar în cel de-al doilea caz, latura sa internă.

Psihologia şi *psihiatria*, descriind faptele, vor fi *discipline descriptive*, pe când *psihopatologia*, care va căuta să explice semnificaţia fenomenului psihic morbid, va fi o *disciplină explicativă.* Ea va căuta să pătrundă semnificaţia interioară a „nebuniei", sensul fiinţei umane alienate, nu ca „simptome clinice" vizibile, ci ca „sensuri interioare" ale umanului. Psihiatria este o disciplină clinico-medicală, pe când psihopatologia este o disciplină filozofico-antropologică.

Psihopatologia, ca disciplină explicativă prin natura obiectului şi metodologia utilizată, se va deosebi fundamental de psihologie şi de psihiatrie. Ea se va separa fără însă a se rupe, aşa cum de altfel am arătat mai sus.

În psihopatologie, observaţia obiectului este înlocuită cu reflecţia filozofică (W. Dilthey, K. Jaspers). Pentru W. Dilthey, „filozofia trebuie, în primul rând, să ne înveţe să surprindem, printr-o experienţă pură, realitatea şi realul şi să le analizăm, rămânând între limitele pe care ni le oferă critica cunoaşterii".

În cadrul acestei atitudini metodologice, W. Dilthey distinge două direcţii de orientare în cunoaşterea obiectului : „reflecţia introspectivă" şi „cunoaşterea metafizică". În cazul acesta, fie că ne referim la introspecţie, fie la metafizică, psihopatologia, prin metoda reflecţiei filozofice, va transcende obiectul, obligând în felul acesta manifestările clinico-psihiatrice, simptomele clinice obiective să se întoarcă în planul subiectiv-intern al fiinţei bolnavului. În acest mod, nu mai sunt descrise simptomele, ci sunt interogate, mergându-se în felul acesta către „explicarea" semnificaţiei intrapsihice a acestora în raport cu persoana bolnavului.

Din acest moment, metodologia psihopatologiei devine „interogaţie pură" a subiectului fiinţei alienate psihic. Ea se va modela nuanţat în raport cu „tematicile" oferite de „fenomenul psihic morbid", menţinându-şi însă constant, ca principiu, aceeaşi metodologie.

Interogaţia metodică a psihopatologiei îşi află răspuns în metoda comprehensivă inspirată de reducţia fenomenologică, împrumutată de la Ed. Husserl şi introdusă în psihopatologie de către K. Jaspers şi E. Minkowski. Din acest moment, întreaga metodologie psihopatologică devine o complexă şi nuanţată reflecţie filozofică, ce urmăreşte descifrarea semnificaţiei interne a manifestărilor psihice morbide.

Un pas important metodologic, care adânceşte şi introduce un grad suplimentar de rigoare, este reprezentat de „analiza hermeneutică" a „faptului psihiatric" introdusă de H. Tellenbach. Se poate afirma din acest moment că psihopatologia se înfăţişează ca o disciplină bine individualizată, care-şi defineşte în mod clar obiectul şi metodologia în raport cu psihologia şi psihiatria clinică, de care se va separa, încetând a se mai confunda cu acestea.

Spre deosebire de psihiatrie, care consideră tulburările psihice ca expresie a unei boli, legându-le de o cauză ce a dus la perturbarea echilibrului psihic, psihopatologia

consideră tulburările psihice nişte experienţe sufleteşti ce se înscriu în durata desfăşurării existenţei persoanei umane. Aceste experienţe sunt intrapsihice, strict personale şi, din acest motiv, pot fi, aşa cum remarcă K. Jaspers, cunoscute, dar nu şi înţelese, întrucât rămân strict individuale. Din acest motiv, ceea ce trebuie să intereseze psihopatologia, în sens lărgit, este de fapt „experienţa vieţii interioare" morbide sau „istoria interioară a omului bolnav psihic" la care face referire L. Binswanger. Psihopatologia se va interesa de natura transformării fiinţei umane şi de destinul acesteia ca o nouă conduită ontologică (R. Allendy). Evoluţia bolii psihice nu mai este considerată o „evoluţie a bolii", ci o nouă formă de „a fi în lume" a persoanei alienate psihic. Este o cu totul altă viziune. O nouă perspectivă a cunoaşterii se deschide asupra persoanei umane, în spiritul existenţialismului.

Astfel pusă problema, se remarcă neta individualitate a psihopatologiei, care ni se înfăţişează ca o ştiinţă a fenomenului psihic morbid, situată în interiorul domeniului psihoantropologiei.

*
* *

Din cele de mai sus rezultă faptul că psihopatologia este o disciplină cuprinsă între psihologie şi psihiatrie, având ca obiect „fenomenele psihice morbide".

Obiectivele pe care psihopatologia îşi propune să le studieze sunt următoarele:

a) analiza structurilor morbide ale personalităţii bolnavilor psihic;
b) cunoaşterea semnificaţiei acestor tulburări, a dinamicii morbide a personalităţii, legate de noul regim sufletesc al persoanei umane;
c) delimitarea unor „forme" sau „modele" de personalitate morbidă;
d) consideră că anormalitatea psihică este în corelaţie directă cu starea de normalitate, în interiorul căreia se dezvoltă, ca o variantă accidentală a acesteia;
e) consideră boala psihică drept un fenomen psihic morbid, integrat experienţelor sufleteşti ale persoanei umane şi, prin urmare, cuprins în „psihobiografia" individului, privită ca o modalitate particulară a „istoriei sale interioare";
f) fiind un moment sau un fragment psihobiografic, boala psihică, din punctul de vedere al psihopatologiei, va avea, dincolo de aspectele evoluţiei sale clinice, o semnificaţie ontologică;
g) psihopatologia integrează datele obţinute din analiza aspectelor morbide ale personalităţii umane în teoria despre om, fundamentând o „antropologie psihiatrică".

Astfel pusă problema, distingem în sfera psihopatologiei mai multe componente, după cum urmează:

1. *Psihopatologia generală*, având un caracter teoretic, studiază şi precizează „obiectul" acestei discipline, „metodele de studiu" ale acesteia, urmărind cunoaşterea semnificaţiilor interne ale „fenomenului psihic morbid" şi integrarea acestuia în sfera ştiinţelor umaniste. Ea este de fapt „psihopatologia antropologică" (K. Jaspers, L. Binswanger, E. Minkowski, V.E. von Gebsattel, R. Kuhn, A. Zutt).
2. *Psihopatologia clinică* se ocupă cu analiza organizării sistemului personalităţii şi dinamica psihopatologică a fenomenelor psihice morbide, în comparaţie cu procesele

psihice normale. Ea studiază în mod sistematic alterările diferitelor procese psihice, semnificaţia sindroamelor psihopatologice, precum şi clasificarea nosologică a manifestărilor clinice.

3. *Psihopatologia nosologică* studiază marile categorii clinico-psihiatrice din punct de vedere psihopatologic, natura şi semnificaţia bolilor psihice, considerate din punct de vedere antropologic şi ontologic ca experienţe sufleteşti morbide ale fiinţei umane raportate la psihobiografia acesteia.
4. *Psihopatologia antropologică şi socială* este consacrată studiului modelelor de personalitate şi psihobiografice în psihopatologie, al psihozelor experimentale şi psihozelor colective, încheindu-se cu discutarea raporturilor psihopatologiei cu celelalte discipline umaniste.

Din cele de mai sus se poate desprinde faptul că domeniul psihopatologiei se înfăţişează ca un veritabil spaţiu epistemologic bine conturat, în care viaţa psihică anormală ne dezvăluie aspecte extrem de interesante, de mare polimorfism şi complexitate, deschizând noi perspective în cunoaşterea şi înţelegerea persoanei umane. Concluziile care se desprind din orice studiu psihopatologic invită la o reflecţie particulară asupra fiinţei umane, a sensului şi destinului acesteia, poate mai mult decât ne oferă ca posibilităţi de înţelegere psihologia şi psihanaliza. Psihopatologia este o „întâlnire" singulară cu persoana bolnavului psihic în intersubiectivitatea şi interioritatea acestuia, o revelaţie a celor mai intime experienţe sufleteşti, dincolo de care descoperim sensurile cele mai adânci şi poate ultime ale umanului, dar şi drama sa cea mai profundă.

*
* *

Această lucrare, concepută după un plan didactic ca tratat de studiu universitar, este rezultatul cercetărilor şi al experienţelor clinice personale desfăşurate într-un interval de patru decenii ca medic psihiatru. Cartea cuprinde, dincolo de aspectele clasice, fundamentale ale acestei discipline, rezultatul experienţelor şi studiilor personale în domeniile psihiatriei clinice şi psihologiei, din care am constituit domeniul psihopatologiei.

Intenţia finală a fost reprezentată de „construirea" unui „model general" al vieţii psihice anormale care, dincolo de aspectele clinico-medicale, să pună în discuţie „fenomenele psihice morbide" ca dimensiuni ale fiinţei interioare, iar din acesta să se poată realiza cadrul unei „antropologii a nebuniei" considerată nu numai ca o boală psihică, ci şi ca o stare ontologică particulară a persoanei umane.

Tratatul de psihopatologie se adresează studenţilor de la facultăţile de ştiinţe umaniste (psihologie, psihopedagogie, pedagogie, sociologie, filozofie, ştiinţe juridice), dar, în egală măsură, şi celor de la medicină. El reprezintă sursa unor informaţii sistematizate, dar, concomitent, oferă şi motive de reflecţie sau discuţii pentru specialişti, precum şi pentru orice om de cultură interesat de aspectele anormalităţii psihice. Prin aceste intenţii, prezenta lucrare se deosebeşte de tratatele de psihiatrie clinică, fiind un comentariu al fenomenelor psihice morbide din perspectiva ştiinţelor umaniste.

Autorul
Bucureşti, 2000

Secţiunea I

Psihopatologie generală

Domeniu situat între psihiatria clinică şi psihologia generală, psihopatologia studiază fenomenele psihice morbide şi semnificaţia lor din perspectiva ştiinţelor umaniste.

Psihopatologia generală se constituie ca fundamentul unui demers antropologic medico-psihologic având ca obiect de studiu „sănătatea, suferinţa şi boala” în sfera vieţii sufleteşti. Tulburările psihice sunt considerate „experienţe sufleteşti morbide”, cărora se încearcă a li se da o interpretare apelându-se la metodele filozofiei. În sensul acesta, psihopatologia îşi precizează cadrul epistemologic prin atitudinea sa metodologică faţă de obiectul de studiu.

Aspectul practic ce se desprinde de aici este reprezentat de noua dimensiune şi semnificaţie a relaţiei medic-bolnav, precum şi de interpretarea suferinţei psihice ca formă particulară de manifestare ontologică.

Secțiunea I

Psihopatologie generală

Fiind situată între psihiatria clinică și patologia generală, psihopatologia studiază fenomenele psihice morbide și semnificația lor din perspectiva științelor umaniste. Psihopatologia „generală” se constituie ca fundamentul unei teorii antropologice medico-psihologice având ca obiect de studiu „sănătatea, suferința și boala” în fața vieții sufletești. Tulburările psihice sunt considerate experiențe ale suferinței morbide, care trebuie să fie date interpretării și analizei cu metode specifice. În acest sens, psihopatologia își precizează cadrul epistemologic prin atitudinea sa metodologică față de obiectul de studiu.

Aspectul practic ce se desprinde de aici este reprezentat de noua dimensiune și semnificație a relației medic-bolnav, precum și de interpretarea suferinței psihice ca formă particulară de manifestare ontologică.

1. Normalitate şi anormalitate în viaţa psihică

Cadrul general al problemei

Înţelegerea atât a *normalităţii*, cât şi a *anormalităţii* psihice depinde de cunoaşterea organizării structurale şi a dinamicii funcţionale a sistemului personalităţii, considerat ca „aparat psihic”.

Atât *normalitatea* (sănătatea mintală), cât şi *anormalitatea* (boala psihică) îşi au sediul şi se manifestă în cadrul „sistemului personalităţii”. Ele nu sunt structuri fixate, ci depind de direcţia de manifestare a „dispoziţiilor” care se organizează în raport cu *modelele constituţionale* psihobiologice ale sistemului personalităţii individului respectiv. Prin „dispoziţii”, în cazul de faţă, înţelegem potenţialul genetic, structurile neuroanatomice, dinamica neuropsihofiziologică, precum şi „calităţile dobândite” de individ prin educaţie, cultură, modelul familial, şcolar, profesional, social, valorile morale, religioase etc. În sensul acesta, *normalitatea*, precum, de altfel, şi *anormalitatea* trebuie considerate ca reprezentând nişte *calităţi* ale „modului de a fi” al individului, care derivă din organizarea structurală a „sistemului personalităţii” acestuia.

Între *normalitatea* şi *anormalitatea* psihică există un anumit echilibru stabilit şi controlat de însăşi modalitatea de funcţionare a mecanismelor de autoreglare ale „sistemului personalităţii”. Fiind ipostaze egal posibile ca disponibilitate ale persoanei umane, *normalitatea* şi *anormalitatea* se înscriu în ordinea ontologică a acesteia. În mod firesc, deducem de aici că „sistemul personalităţii” este organizat dialectic, după principiul complementarităţii antinomice, al contrariilor, în asemenea măsură încât se poate vorbi despre o „balanţă normal/patologic” de a cărei funcţionare depind atât *starea de echilibru*, respectiv *sănătatea mintală*, cât şi *starea de dezechilibru*, respectiv *boala psihică*. Dacă nu ar exista această modalitate dialectică de „organizare complementară” ca dispoziţie a „sistemului personalităţii”, aceasta ar avea un caracter static, rigid, încremenit. Dinamica personalităţii în planul vieţii psihice este dată tocmai de „ambivalenţa complementară” a organizării acesteia sau, aşa cum spuneam, de caracterul ei dialectic.

Această constatare importantă ne obligă să-i căutăm şi în acelaşi timp să încercăm să-i explicăm cauza şi natura. Este vorba de un anumit tip de *determinism*, specific organizării şi dinamicii proceselor psihice, atât a celor *normale*, cât şi a celor *patologice ?* Răspunsul la această problemă este afirmativ. Da, atât starea de *normalitate*, cât şi cea de *anormalitate* au, în mod paradoxal, acelaşi determinism în „dispoziţiile latente” ale *sistemului personalităţii*, al direcţiilor de manifestare pe care le pot lua acestea, aşa cum se va vedea în continuare.

Dispoziţia interioară a sistemului personalităţii reprezintă *potenţialul energetic* al persoanei respective. Acest *potenţial (psiho-)energetic* corespunde cu „principiul vital”.

Dispoziţia interioară, în funcţie de circumstanţele vieţii individului, care pot fi favorizante (*sanogenetice*) sau nefavorizante (*morbigenetice*), poate lua aspectul *formelor normalităţii* sau pe cel al *formelor anormalităţii*. Atât starea de echilibru interior (*normalitatea*), cât şi cea de dezechilibru interior (*anormalitatea*) vor depinde de modalitatea de „a răspunde" la factorii circumstanţiali care acţionează asupra individului în decursul vieţii acestuia. Rezultă de aici faptul că atât *sănătatea*, cât şi *boala* îşi au originea în modalitatea de organizare şi dinamica sistemului personalităţii.

Orice „răspuns" la acţiunea factorilor externi este, în primul rând, un efort care solicită *mecanismele de apărare/adaptare* ale persoanei la circumstanţele în permanentă schimbare ale vieţii acesteia. Dar acest „răspuns" nu este numai o manifestare exterioară. El presupune şi o schimbare interioară, care este însăşi condiţia, fie a menţinerii, fie a tulburării echilibrului dintre *normal* şi *patologic*.

Aceste „schimbări" nu îşi au cauza numai în factorii circumstanţiali ai vieţii. În mod egal, schimbările sunt produse şi de manifestări interioare, proprii sistemului personalităţii, fără nici un fel de intervenţie din afară şi care nu au întotdeauna un caracter „patoplastic". Cele mai semnificative, în sensul acesta, sunt „crizele psihobiologice" de *dezvoltare* (pubertate, adolescenţă) şi cele de *involuţie* (menopauza, andropauza, involuţia).

Persoana umană nu este aceeaşi pe tot parcursul vieţii sale. *Istoria vieţii individuale* este reprezentată prin *psihobiografia persoanei*. Mecanismele echilibrului normal/patologic se modifică permanent, în sens calitativ, pe parcursul vieţii individului. O analiză psihobiografică a persoanei ne dezvăluie faptul că pe parcursul vieţii sale există „momente de risc" pentru sănătatea mintală, precum şi, în egală măsură, „etape de protecţie şi stabilizare" ale acesteia.

Istoria vieţii individului este discontinuă. Ea se constituie din *etape* bine definite, cu o configuraţie proprie, specifică, întrerupte de *momente de criză* ce marchează trecerea de la o etapă la alta. Aceste treceri, care presupun schimbări atât interioare, cât şi exterioare, solicită *mecanismele de apărare/adaptare* ale persoanei, în funcţie de noile condiţii, diferite permanent de la o etapă la alta. În aceste momente, odată cu schimbarea regimului psihobiologic al personalităţii se schimbă şi *tipul de normalitate* al acesteia şi, odată cu el, şi vulnerabilitatea pentru un nou *tip de anormalitate*. Rezultă de aici faptul că balanţa normal/patologic nu este aceeaşi pe tot parcursul vieţii individului.

Un alt aspect al raportului normal/patologic este dat de treptata „epuizare psihoenergetică" în timp. Pe parcursul vieţii individului, capacităţile psihoenergetice ale acestuia scad, se epuizează treptat. Posibilitatea de a răspunde la factorii de mediu, la evenimentele vieţii cotidiene se reduce permanent, spre finalul vieţii ajungându-se la o diminuare considerabilă a acesteia.

Ajunşi în acest punct al analizei noastre, trebuie făcută o precizare. Raportul normal/patologic şi mecanismele de echilibrare a acestuia sunt diferite în ceea ce priveşte *sfera somatică* în raport cu *sfera vieţii sufleteşti* a fiinţei umane. Între normalitatea şi anormalitatea biologică şi cea psihică există o diferenţă calitativă importantă.

Fiinţa biologică „asimilează" în mod automat factorii de mediu de la care nu se poate sustrage şi de care depinde existenţa sa, pe când fiinţa psihică se „acomodează adaptativ" la evenimentele vieţii trăite, conform unor strategii gândite conştient. În procesul de adaptare a fiinţei psihologice intervin conştiinţa reflexivă, educaţia, cultura, experienţa de viaţă, aptitudinile etc.

Faţă de aceste aspecte, se poate spune că normalitatea psihică este rezultatul acordului de adaptare a individului, în sensul de „acceptare", la condiţiile vieţii trăite de acesta. În mod analog, anormalitatea psihică este consecinţa conflictului, a dezacordului exprimat de individ prin slăbirea sau pierderea capacităţilor sale de adaptare, cărora se adaugă inadaptarea finală a acestuia la condiţiile vieţii[1] trăite. Din aceste considerente, atât normalitatea, cât şi anormalitatea psihică dobândesc semnificaţia unor atribute ontologice ale persoanei umane. Acestea le deosebesc de natura normalităţii şi anormalităţii biologice, care rămân înscrise în ordinea raporturilor sferei somatice cu mediul fizic extern.

Am analizat mai sus aspectele legate de natura personalităţii şi raportul dintre *normal* şi *patologic*. Vom analiza în continuare aspectele diferenţiate ale acestui raport, în ceea ce priveşte sfera somatică şi sfera vieţii psihice a persoanei umane.

Aspectele comparative ale normalităţii şi anormalităţii în sfera somatică şi viaţa psihică

O analiză atentă a *normalităţii* şi *anormalităţii* pune în evidenţă diferenţe calitative importante şi specifice în ceea ce priveşte sfera somatică şi sfera vieţii sufleteşti. Deşi medicina este cea care fixează *boala* ca obiect de studiu, evaluarea şi înţelegerea anormalităţii, considerate din acest punct de vedere ca „proces patologic" exclusiv, ridică serioase probleme în ceea ce priveşte explicarea şi înţelegerea medicală atât a *bolii somatice*, cât şi a *bolii psihice*. Vom încerca să analizăm în continuare acest aspect.

Diferenţele calitative dintre „bolile somatice" şi „bolile psihice" au fost de multă vreme remarcate, iar explicaţiile au fost dintre cele mai diferite, fără a se putea ajunge însă la o concepţie universal admisă. Numeroşi specialişti, medici psihiatri, au scos în evidenţă particularităţile legate de *natura bolilor psihice* în comparaţie cu natura bolilor somatice (E. Minkowski, L. Binswanger, K. Jaspers, E. Morselli, V.E. von Gebsattel, R. Kuhn, E. Zutt, H. Tellenbach, D. Cargnello, M. Manfredi). Ne găsim în faţa unei situaţii bizare sau cel puţin paradoxale, atât din punctul de vedere al modului de gândire teoretic, cât şi în ceea ce priveşte atitudinea practică faţă de *boala psihică* şi *bolnavul mintal*. Acest paradox este reprezentat de faptul că *viaţa psihică normală* aparţine, ca obiect de studiu, *psihologiei*, pe când *tulburările vieţii psihice* aparţin, ca obiect de studiu, *medicinei* – mai exact, *psihiatriei*. În ceea ce priveşte sfera somatică, atât aspectele normale, cât şi cele patologice sunt în egală măsură şi în totalitatea lor de competenţa medicinei. Această situaţie a făcut ca prin „medicalizarea" (firească şi absolut necesară, atât din considerente teoretice, cât şi practice) „bolii psihice" aceasta să fie gândită, înţeleasă şi tratată în conformitate cu *modelul bolii somatice*. Dacă din punct de vedere medical, în sens terapeutic, această atitudine clinico-medicală corespunde necesităţilor de rezolvare a procesului patologic prin restabilirea stării de normalitate, ea nu este însă conformă cu „natura bolii psihice". *Somaticul* şi *psihicul*, inseparabile, de altfel, sunt niveluri de organizare ce intră în componenţa „aparatului psihic" al personalităţii. Ele,

---

1. În cazul de faţă, prin „condiţiile vieţii trăite" înţelegem totalitatea evenimentelor vieţii cotidiene ce construiesc o anumită configuraţie de „circumstanţe" sau „situaţii de viaţă" care, la rândul lor, obligă la un efort de „adaptare" şi, prin natura lor, reprezintă conflicte, competiţii, obstacole etc. ce conduc la eşecuri cu consecinţe negative pentru sănătatea mintală.

„trupul carnal" şi „subiectul sufletesc", sunt „părţi" ale acestuia, fiecare cu specificul său structural şi dinamic, care, deşi interrelaţionează, nu se suprapun. Gândirea clinico--medicală, din necesităţi de ordin practic, operează însă acest tip de raţionament reducţional şi unificator.

Specialiştii pe care i-am menţionat mai sus au scos în evidenţă, în repetate rânduri şi sub diferite aspecte, diferenţele dintre *boala somatică* şi *boala psihică*. Deşi ambele apar şi evoluează în cadrul aceluiaşi sistem psihobiologic, fiecare are caracteristici specifice. Ne vom ocupa în continuare de analiza aspectelor ce definesc *boala somatică* şi *boala psihică*.

1. *Caracteristicile bolii somatice*

Boala somatică reprezintă suferinţa care afectează în diverse forme şi grade sfera somatică a persoanei, adică „trupul carnal". Ea constă, în primul rând, în alterarea structurilor biologice, anatomofiziologice ale organismului uman. Această schimbare este etichetată, din punct de vedere medical, ca *boală* sau ca *proces patologic* ce determină o anumită invaliditate a individului respectiv.

Bolnavul somatic este conştient de pierderea stării sale de normalitate şi, din acest motiv, solicită ajutorul medicului pentru restabilirea stării de sănătate. El percepe boala ca pe o schimbare care produce suferinţă, comunicând aceste „experienţe patologice corporale" medicului său curant.

Bolile somatice recunosc o cauză precisă care produce alterarea structurilor anatomice sau alterarea funcţională a acestora, având astfel o anumită „localizare spaţială" la nivelul trupului carnal, în raport cu structura schemei corporale, afectând prin aceasta „imaginea de sine" a bolnavului. Bolile somatice au un anumit tip de evoluţie clinică şi beneficiază de un tratament medical corespunzător, de regulă de factură etiologică, urmărind combaterea „cauzelor patogenetice".

2. *Caracteristicile bolii psihice*

Boala psihică reprezintă schimbarea care interesează în diferite forme şi grade sfera vieţii sufleteşti a persoanei umane. Ea constă într-o schimbare a „felului de a fi" al individului, al fiinţei interioare a acestuia, din cauza unei tulburări a sistemului personalităţii. Consecinţele acestor tulburări vizează atât raporturile individului cu lumea, cât şi cu sine însuşi. În prima situaţie avem de-a face cu o înstrăinare de lume, în cea de-a doua, cu o înstrăinare de sine. Caracteristica fundamentală a bolii psihice, considerată ca anormalitate, o reprezintă alienarea persoanei respective. Ea se manifestă prin ruperea contactului vital cu realitatea (E. Minkowski) sau prin pierderea continuităţii inteligibile dintre bolnavul psihic şi lume.

Bolnavul psihic este parţial conştient sau, dimpotrivă, ignoră complet faptul de a fi bolnav, nefiind capabil să recunoască schimbarea patologică a stării sale de normalitate psihică. Conştiinţa propriei anormalităţi nu este recunoscută decât în foarte puţine situaţii, când tulburările sunt de intensitate redusă şi nu afectează conştiinţa de sine sau nu modifică sistemul personalităţii. Din acest motiv, în majoritatea cazurilor, bolnavii psihic nu solicită şi nici nu acceptă intervenţia medicală (consultaţie medicală, internare în spital, tratamente etc.).

Bolile psihice recunosc drept cauze psihotraumatismele emoţional-afective, schimbările bruşte şi de mare intensitate din viaţa personală, eşecurile, conflictele, frustrările, intoxicaţiile cronice etc. Acestea produc stări de dezechilibru al sistemului personalităţii manifestate prin tulburări de personalitate, alterări ale stării de conştiinţă, dificultăţi majore de adaptare, tulburări de comportament etc.

3. *Analiză comparativă între boala somatică şi boala psihică*

Pe baza celor expuse succint mai sus, vom încerca să facem o analiză comparativă între cele două tipuri de anormalitate : *somatică* şi *psihică*.

Boala somatică, din perspectiva gândirii medicale, este o complexă tulburare biologică, caracterizată prin alteralitatea manifestată prin procesul patologic. *Boala psihică*, din perspectiva gândirii psihopatologice, este o experienţă ontologică a alienării persoanei umane. Diferenţele dintre cele două forme de anormalitate sunt reproduse în tabelul de mai jos.

Tipul de anormalitate	
Boala somatică	Boala psihică
Are reprezentare spaţială în raport cu schema corporală/imaginea de sine.	Nu are reprezentare spaţială, dar afectează imaginea de sine.
Este recunoscută şi acceptată ca alteralitate.	Nu este recunoscută şi nici acceptată ca alteralitate.
Este trăită ca suferinţă personală, autentică şi obiectivă.	Este trăită ca o schimbare a naturii proprii.
Este comunicată celorlalţi.	Nu este comunicată celorlalţi.
Produce compasiune din partea celorlalţi.	Produce teamă şi repulsie din partea celorlalţi.
Se poate obiectiva.	Este parţial sau deloc obiectivabilă.
Reprezintă, de regulă, o tulburare organică, somatică.	Reprezintă o experienţă/trăire sufletească interioară.
Nu afectează raporturile de comunicare interpersonală.	Afectează în diferite forme şi intensităţi raporturile şi comunicarea interpersonală.
Solicită şi acceptă tratamentul medical.	În majoritatea situaţiilor, nu acceptă sau refuză tratamentul medical.
Acceptă statutul de bolnav.	Refuză statutul de bolnav.
Are caracter invalidant.	Are caracter alienant.
Îmbracă aspectul de alteralitate al normalităţii.	Îmbracă aspectul de alienare în raport cu normalitatea.

Cele de mai sus, privind, pe de o parte, *boala somatică*, iar pe de altă parte, *boala psihică*, sunt rezultatul a două *modele de gândire*, dar şi a două *atitudini metodologice* : *viziunea medicală* şi *viziunea psihologică*. Să încercăm să analizăm aceste două aspecte.

Punctul de vedere medical converteşte, în plan epistemic, suferinţa somatică în boală. Procesul patologic reprezintă o fixare a atenţiei predominant sau chiar exclusiv asupra

sferei biologicului, a „trupului carnal" atins de starea de alteralitate, considerată ca *boală*. Boala este o denaturare a „firescului" stării de normalitate. Punctul de vedere psihopatologic caută să respecte, dar concomitent să şi explice natura suferinţei psihice. Fenomenele psihice morbide sunt „trăite" de persoană ca o formă particulară de experienţă sufletească interioară, iar suferinţa psihică este interpretată ca o „experienţă ontologică", drept rezultat al alteralităţii persoanei. Fenomenele psihice morbide sunt înţelese ca „accidente" ce survin în existenţa persoanei, modificând, prin prezenţa lor, direcţia de evoluţie psihobiografică a acesteia, din cauza evenimentelor psihotraumatizante ale istoriei sale personale.

Punctul de vedere medical, întemeiat pe observaţii biologice, este însă corelat cu cel psihopatologic, întemeiat pe înţelegerea suferinţei bolnavului. Ceea ce le reuneşte este faptul că atât *boala somatică*, cât şi *boala psihică* sunt atribute ale persoanei umane, care cuprinde în structura ei atât *somaticul*, cât şi *psihicul*. În plus, şi într-o situaţie, şi în alta, fie că este vorba de *boala somatică* sau de *boala psihică*, suferinţa este reprezentată şi trăită de individ în planul conştiinţei sale, ca o stare de alteralitate a normalului. Ceea ce le apropie şi chiar şterge diferenţele dintre ele este această suferinţă trăită în sfera conştiinţei individuale, percepută de individ ca o „schimbare de sine".

Experienţa suferinţei ca o „stare de conştiinţă" are semnificaţia „trăirii" pierderii echilibrului interior prin alteralitate, situaţie care face ca fiinţa umană să se înscrie pe o altă traiectorie a existenţei sale. Această constatare are în primul rând o semnificaţie valorică, care, în plan epistemologic, plasează înţelesul suferinţei umane, indiferent de cauzele ce au produs-o şi de natura ei, în planul înţelegerii şi al interpretării antropologice a persoanei umane.

Astfel pusă problema, între suferinţa produsă de boala somatică şi suferinţa produsă de boala psihică se deschide perspectiva metodică a unei înţelegeri comune, oferită de metoda de interpretare filozofică de factură fenomenologică şi comprehensivă (E. Minkowski, K. Jaspers, L. Binswanger, V.E. von Gebsattel, R. Kuhn, H. Tellenbach).

Semnificaţia antropologică a fenomenelor psihice morbide

Numeroşi psihiatri au scos în evidenţă valoarea interpretării filozofice din perspectiva analizei fenomenologice a fenomenelor psihice morbide (E. Minkowski, K. Jaspers, G. Lanteri-Laura, A. Tatosian). Dincolo de aparenţa manifestărilor exterioare a tulburărilor psihice, dincolo de „factologia clinico-psihiatrică", psihopatologia caută să descopere şi să înţeleagă semnificaţia acestor tulburări, considerate ca „experienţe sufleteşti interioare" ale persoanei umane. Spre deosebire însă de tulburările somatice, care au un caracter material prin substratul lor anatomofiziologic ce le face obiectivabile, tulburările psihice au caracter de subiectivitate pură şi, din acest motiv, rămân interioare, fiind prin aceasta strict individuale persoanei bolnavului. Aceasta determină ca procesul de cunoaştere şi înţelegere să nu aibă un caracter direct şi imediat, întrucât nu poate fi obiectivat, ci numai postulat, prin metoda reflecţiei filozofice.

Demersul cunoaşterii epistemologice a naturii morbide a vieţii sufleteşti se constituie din „discursul bolnavului", singura formă de acces direct la interioritatea acestuia. Analizând „faptele psihopatologice" cuprinse în „discursul bolnavului", se ajunge la un important material posibil de a fi supus unei „interpretări hermeneutice" (H. Tellenbach).

Această interpretare a sensurilor discursului este calea cea mai sigură ce ne conduce către descoperirea şi înţelegerea semnificaţiilor noi ale fenomenelor psihice morbide. Actul hermeneutic este în acelaşi timp o metodă subtilă şi preţioasă, dar şi riguroasă de descifrare a „simbolicii alteralităţii psihice". Mai mult decât atât, explicarea „patologicului" ne deschide calea înţelegerii „normalului" prin faptul că alteralitatea este *negaţia dialectică* a normalităţii sau, altfel spus, nebunia este „negarea" sănătăţii mintale[1]. În felul acesta, din punct de vedere metodologic, redescoperim *boala psihică* dincolo de punctul de vedere medico-psihiatric, ca pe o *experienţă sufletească* trăită a alteralităţii persoanei umane. Acest punct de vedere antropologic schimbă complet înţelesul suferinţei psihice, deschizând în felul acesta calea unei abordări psihopatologice de factură antropologică.

Abordarea antropologică a fenomenelor psihice morbide propune ca temă de reflecţie *nebunia*, dintr-o perspectivă epistemologică lărgită. În cazul acesta însă, *nebunia*, prin sfera conţinutului ei, depăşeşte cadrul strict delimitat al *bolii psihice*. Prin aceasta sunt depăşite „limitele epistemologice" impuse cu stricteţe de procesul de „medicalizare" a *nebuniei*[2].

Ceea ce este în esenţa sa *nebunia* depăşeşte cu mult sfera *bolii psihice*. Dincolo de aspectele sale pur medicale, aceasta se înfăţişează ca un domeniu mult mai larg şi mai nuanţat al naturii persoanei umane. În sensul acesta, din perspectiva unei viziuni antropologice, atât *normalitatea*, cât şi *anormalitatea* fiinţei umane se înfăţişează ca ipostaze egal posibile de *a fi* ale persoanei umane. Din acest motiv, ele nu trebuie considerate şi înţelese ca fiind „situaţii contradictorii", ci drept „situaţii complementare".

Opoziţia „normal/patologic" este un punct de vedere specific medical. Ea are în primul rând un caracter metodic şi didactic de înţelegere şi explicare a stării de sănătate şi a bolii, prin care starea de *boală psihică* se opune conceptual stării de *sănătate mintală*. Dar atât *normalitatea*, cât şi *anormalitatea* nu pot fi reduse exclusiv la conceptele de *sănătate* şi *boală*. Conţinutul lor este mult mai larg, mult mai nuanţat ca semnificaţii. Punctul de vedere medico-psihiatric opune „boala" stării de „sănătate". Punctul de vedere antropologic, din perspectiva reflecţiei filozofice, cu caracter lărgit, „nu vede" între normalitate şi anormalitate o opoziţie, ci, aşa cum spuneam, o complementaritate ca expresie a naturii dialectice a persoanei umane. Ambele stări nu sunt decât ipostaze ontologice, egal posibile, de „a fi" ale persoanei umane. Acest punct de vedere ne obligă să revizuim şi să încercăm să înţelegem altfel *nebunia*, diferit de punctul de vedere medical, pentru a da o altă interpretare, lărgită, semnificaţiei acesteia.

Faptul de „a fi" atât *normal*, cât şi *anormal* presupune că fiinţa umană are o *dublă disponibilitate funciară*, manifestată printr-o *dublă orientare ontologică*. Aceasta ne revelează faptul că natura persoanei umane este, cum spuneam, constituită *dialectic*. Acest aspect al „naturii fiinţei umane", pe care l-am analizat şi cu o altă ocazie[3], presupune faptul că viaţa psihică se autodetermină, iar direcţia pe care aceasta o poate lua este reprezentată prin ipostazele ontologice de „a fi" ale acesteia. Astfel, persoana se poate „afirma pe sine" (în cazul normalităţii psihice) sau se poate „nega pe sine" (în cazul nebuniei). În ambele situaţii, atât „afirmarea", cât şi „negarea" apar ca *forme de autodeterminare* ale fiinţei umane.

1. C. Enăchescu, *Tratat de igienă mintală*, Editura Polirom, Iaşi, 2004.
2. *Ibidem*.
3. C. Enăchescu, *Fenomenologia nebuniei*, Editura Paideia, Bucureşti, 2003.

Admiţând acestea, rezultă că atât *normalitatea*, cât şi *anormalitatea*, respectiv, în cazul situaţiei la care ne referim, *sănătatea mintală* şi *nebunia* sunt deopotrivă *forme de organizare* şi *modalităţi de a fi* ale persoanei umane. Fiecăreia dintre acestea îi corespunde o anumită „ordine specifică" ce rezultă din *natura dialectică* a fiinţei umane. Din acest motiv, ele sunt *complementare*. Faptul de a fi complementare presupune că atât *normalitatea* (sănătatea mintală), cât şi *anormalitatea* (nebunia) provin dintr-o *sursă comună* care există ca *potenţialitate* în fiinţa umană. Dar această potenţialitate, având caracter de „energie psihică" şi cuprinzându-le pe amândouă, nu poate fi decât starea de *neutralitate*, care există ca potenţialitate, dar se manifestă în act fie ca *normalitate*, când „se afirmă pe sine", fie ca *anormalitate*, când „se neagă pe sine", respectiv fie ca *sănătate mintală*, fie ca *nebunie*.

Acest punct de vedere ce depăşeşte cadrul psihiatriei clinice este propriu psihopatologiei, care urmăreşte „să vadă", dincolo de fenomenele psihice morbide, semnificaţia interioară a nebuniei ca trăire sufletească interioară. Să încercăm să explicăm acest lucru.

Atât normalitatea, cât şi anormalitatea sunt surprinse prin manifestările lor exterioare. Ele reprezintă, aşa cum spuneam, organizarea, dar şi modul de a fi al persoanei umane. Şi într-un caz, şi în altul, persoana se manifestă prin conduite, acţiuni, reacţii, comportamente, comunicare, model de gândire etc. Iar acestea sunt caracteristice atât pentru normalitate, cât şi pentru anormalitate. În ce constau ele?

Plecând de la observaţia clinică a bolnavilor psihic, psihiatria delimitează, defineşte, descrie şi clasifică „formele anormalităţii", dându-le o denumire şi atribuindu-le o anumită semnificaţie specifică. În acest proces de elaborare mintală, se pleacă de la „limbajul suferinţei", al alteralităţii, reprezentat prin „simptomele clinice". Simptomatologia clinică, dincolo de aspectul formal al fenomenelor psihice morbide (aşa cum sunt ele *exprimate* de bolnav şi cum sunt ele *percepute* de medic), la care, de altfel, psihiatria se limitează, fără a merge mai departe, este purtătoarea semnificaţiei stării de anormalitate psihică a nebuniei, considerată boală psihică.

Reflecţia filozofică este însă singura care poate „vedea", dincolo de formele obiectivate, sensurile adânci, ascunse ale transformărilor naturii fiinţei umane. „Simptomele" bolii psihice sunt expresia obiectivată a transformării structurilor normalităţii în fenomenele psihice morbide specifice stării de anormalitate. Prin aceasta, ele sunt expresia „negării de sine", a negativităţii naturii sufleteşti a persoanei umane[1]. Dar simptomele care exprimă fenomenele psihice morbide nu sunt reductibile numai la „negarea normalului", ci, în egală măsură, vor „înlocui normalul cu anormalul"; prin urmare, se vor substitui normalităţii. Prin aceasta, ele exprimă o *restructurare a ordinii interioare* a fiinţei umane, o înlocuire a „ordinii normalităţii" cu „ordinea anormalităţii". Gândind în felul acesta simptomatologia clinico-psihiatrică, vom descoperi că „simptomele bolii psihice" reprezintă materialul din care, din punct de vedere epistemologic, se constituie „discursul (contextul) alteralităţii" sau al „negativităţii fiinţei umane".

Simptomul depăşeşte astfel cadrul axiologic al delimitării medico-psihiatrice a bolii psihice, devenind, prin înţelegerea conţinutului său lărgit, o veritabilă „semiotică epistemică" a nebuniei. Dar, din această perspectivă, „semiotica nebuniei" iese din cadrele „semiologiei clinico-psihiatrice", constituind, aşa cum spuneam mai sus, contextul epistemologic al unei *antropologii psihopatologice* explicative care justifică statutul psihopatologiei ca domeniu de cunoaştere specific al anormalităţii psihice.

1. *Ibidem.*

2. Domeniul psihopatologiei

Istoricul şi cadrul problemei

Psihopatologia ca ştiinţă s-a constituit recent în sfera disciplinelor psihologice. Înţelegerea sensului şi a scopului urmărit atât de psihopatologie, cât şi de psihiatrie este strâns legată de cunoaşterea evoluţiei istorice a psihologiei.

Cuvântul „psihologie" apare destul de târziu în contextul intelectual al scolasticii secolului al XVI-lea. Eucken susţine că termenul „psihologie" a fost utilizat pentru prima dată de Melanchton. Ulterior, R. Goclenius, în 1590, afirmă că psihologia reprezintă „comentariile şi discuţiile teologilor şi filozofilor asupra perfecţiunii sufletului şi originii omului". În 1594, O. Casmann, un elev al lui R. Goclenius, publică o lucrare intitulată *Psychologia anthropologica, sive animae humanae doctrina.* În aceeaşi epocă, O. Casmann va distinge două domenii în sfera antropologiei: *somatologia* sau ştiinţa corpului şi *psihologia* sau ştiinţa sufletului.

Cuvântul „psihologie" începe să fie utilizat în mod curent încă de la începutul secolului al XVII-lea. J. Boehme va scrie, în 1620, o *Psychologia vera* în care tratează destinele escatologice ale sufletului uman. Cercetările şi interesul ştiinţific încep să se orienteze, în această perioadă, asupra investigării caracteriale. Putem afirma că din acest moment începe să se configureze domeniul psihologiei ca ştiinţă.

Pentru G. Gusdorf, „fiecare ştiinţă reprezintă un punct de fixare pentru o atenţie epistemologică, în contextul global al gândirii la un moment dat". Aceasta implică o redistribuire mintală a cunoştinţelor acumulate într-un domeniu dat.

În secolul al XVIII-lea, termenul „psihologie" se instituie definitiv, deşi lipseşte la Hume, Condillac şi Locke, care vorbesc despre „ştiinţa omului".

Cel care impune definitiv şi solid termenul „psihologie" este Ch. Wolff. Acesta publică, în 1732, prima sa lucrare, *Psychologia empirica*, urmată, în 1734, de *Psychologia naturalis.* Ambele lucrări oferă o imagine ordonată sistematic asupra psihologiei, impunând atât utilizarea termenului „psihologie", cât şi recunoaşterea acesteia ca ştiinţă de sine stătătoare.

În 1754, Ch. Bonnet va scrie *Essai de psychologie ou considérations sur les opérations de l'âme sur l'habitude et sur l'éducation, auxquelles on a ajouté des principes philosophiques sur la cause première et sur effet.*

F.A. Carus scrie, în 1808, *Histoire de la psychologie*, precizând că este vorba despre o „istorie a ştiinţei despre om în general şi despre doctrina sufletului în particular". În acest sens, F.A. Carus lărgeşte sfera psihologiei, făcând din ea nucleul antropologiei culturale.

Haffner va face distincţia dintre „pneumatologia" tradiţională, care se ocupă cu studiul spiritului, fiind astfel înrudită cu metafizica, şi „psihologie", care studiază procesele psihice şi relaţiile dintre suflet şi trup.

În secolul al XIX-lea, V. Cousin precizează domeniul psihologiei ca fiind disciplina care se ocupă cu „aspectele conştiinţei de sine în raporturile dintre om şi lume". Tot el va preciza statutul psihologului, afirmând că acesta este persoana care „interoghează identitatea fiinţei umane".

Tot în această perioadă, Şcoala germană de psihologie va aduce importante contribuţii la precizarea şi dezvoltarea sistematică a acestui domeniu prin studiile lui W. Wundt şi E. Cassirer.

G. Gusdorf specifică, atunci când vorbeşte despre istoria psihologiei, că au existat în paralel preocupări de psihologie în sfera filozofiei, moralei, religiei, culturii, menţionându-i în acest sens pe Tacit şi Plutarh, Platon şi Aristotel, Cicero, Seneca, Epictet şi Marc Aureliu, Teofrast, Montaigne şi La Bruyère, Rousseau şi Wieland, Pascal, Descartes etc.

Nu pot fi înţelese apariţia şi evoluţia psihiatriei clinice şi, ulterior, a psihopatologiei, precum şi a psihanalizei şi psihoterapiei fără cunoaşterea evoluţiei istorice a psihologiei şi a ideilor despre suflet, aşa cum s-a arătat mai sus.

Domeniul psihiatriei şi psihopatologiei

Psihiatria clinică şi, ulterior, psihopatologia s-au dezvoltat ca discipline independente, în mod succesiv, plecând de la bazele puse anterior psihologiei.

Se consideră că orice termen care desemnează o disciplină ştiinţifică este mai mult decât un simplu cuvânt, fiind în primul rând expresia unei concepţii epistemologice. Introducerea de „termeni noi" care desemnează un domeniu ştiinţific coincide cu construirea unui ansamblu autonom ce grupează multiple date disparate şi dintre cele mai diferite (G. Gusdorf).

J. Starobinski notează faptul că termenul „psihiatrie" a fost creat şi introdus de către J.C. Reil la începutul secolului al XIX-lea pentru a desemna ramura medicinei care se ocupă cu studiul bolilor psihice.

Psihiatria ca specialitate medicală este în primul rând opera lui Ph. Pinel, „medicul--filozof". Ea s-a delimitat ca specialitate în sfera medicinei generale, deşi la originea sa „medicina mintală" avea încă un pronunţat caracter moral şi filozofic.

Caracterul „azilar" al psihiatriei este dat de W. Tuke (1792) prin reformarea instituţiei spitaliceşti, operă continuată de Esquirol, care transformă „azilul de alienaţi" în „casă de sănătate pentru tratamentul bolnavilor psihici" (1800).

Apariţia psihiatriei trebuie considerată un moment esenţial în „reevaluarea valorilor care constituiau patrimoniul tradiţional al cunoştinţelor medicale ale comunităţii umane" (G. Gusdorf). Dar odată cu *psihiatria* îşi face intrarea pe scena ştiinţifică şi medicală un nou personaj: *psihiatrul*.

Pentru G. Gusdorf, „psihiatrul" este operatorul unei cunoaşteri în cadrul căreia propriile exigenţe mintale preiau ca sarcină de reprezentat elementele mai mult sau mai puţin confuze ale unei „alte realităţi". Psihiatrul trebuie să descifreze semnificaţia alteralităţii conştiinţei bolnavului psihic în raport cu logica realităţii. El este chemat să

descifreze sensul unei „alte realităţi umane” plecând de la experienţa istorică reprezentată prin idei, teme şi valori care reprezintă reperele căutării de sine.

Evaluarea „nebuniei” se face în raport cu „normalitatea” ca stare de echilibru sufletesc. Dar, dincolo de aspectele pur biologice ale bolilor, de cunoştinţele oferite de condiţiile lor naturale, trebuie surprinse şi „faptele de cultură care li se adaugă” (J. Starobinski).

Boala mintală nu va rămâne o temă pură şi exclusiv medicală. Ea va constitui un subiect de reflecţie continuă pentru morală şi filozofie, inseparabilă de sfera culturii. *Boala mintală*, pentru G. Gusdorf, este percepută sau trăită ca o stare de alienaţie, ca o distanţare în raport cu norma socială, fiind mai mult o „patologie de cultură” decât o „patologie naturală”.

Acceptarea ideii de *boală psihică* este direct condiţionată de natura spaţiului mintal care derivă din modelul sociocultural. Pentru G. Gusdorf, „spaţiul mintal este domeniul în care se articulează semnificaţiile descifrate şi necunoscute printr-un acord comun cu opinia mediei”. Pentru a admite sau a recunoaşte existenţa bolii psihice şi, implicit, a psihiatriei ca ştiinţă, este necesar ca „domeniul epistemic” să se înscrie în interiorul „spaţiului mintal” al modelului sociocultural respectiv. Dezacordul dintre „câmpul epistemic” şi „spaţiul mintal” va duce la conflicte, respingeri, nerecunoaşterea sau chiar negarea nebuniei şi, în final, la dizolvarea psihiatriei ca ştiinţă şi la excluderea psihiatrului. Aceste aspecte nu privesc şi patologia somatică, ce nu vizează valorile culturale ale modelului social. Bolnavul somatic şi medicul acceptă existenţa bolii, iar discursul medical se constituie din analiza clinică a simptomelor. În cazul bolii psihice, fiind pusă în discuţie conştiinţa bolnavului, se va apela pentru interpretarea „cazului” la sistemul supraordonat al valorilor umane ale modelului sociocultural.

La vremea sa, R. Descartes afirma că întotdeauna „corpul se explică prin corp, iar spiritul, prin spirit”. În secolul XX, K. Jaspers, reluând tema, afirmă că „viaţa psihică nu poate fi explicată prin categoriile materiale”, iar W. Dilthey susţine că „natura o experimentăm, iar viaţa sufletească o înţelegem”.

Se poate afirma, din acest motiv, că „psihiatria nu devine posibilă decât din momentul în care ea se constituie ca o inteligenţă capabilă de a înţelege şi de a identifica” (G. Gusdorf). Înaintea acestui moment, nebunia implica o contradicţie, prin inegalitatea lingvistică şi raţională pe care o opunea moralei, filozofiei, sociologiei şi teologiei. Nebunia avea semnificaţia unei pervertiri prin păcat a spiritului, fiind obiectul unor terapeutici specializate de exorcism.

Psihiatria va restabili comunicarea cu bolnavul mintal, iar *psihoterapia* va inaugura perspectiva unei restaurări a psihicului prin mecanisme şi forţe sufleteşti. În felul acesta, psihiatria va reevalua „nebunia” şi va da „nebunului” statutul de „bolnav mintal”, reintegrându-l, prin intermediul medicinei, în ordinea umană şi suprimând în felul acesta „ruptura” dintre bolnav şi societate. Atitudinea societăţii de respingere a bolnavului psihic ca infamant şi periculos începe să se schimbe, fiind înlocuită cu o deschidere umanistă inaugurată de Ph. Pinel, consolidată de S. Freud şi extinsă la cadrele psihiatriei sociale şi comunitar-umaniste de H. Baruk.

Schimbarea mentalităţii şi a atitudinii sociale faţă de bolnavul mintal şi boala psihică va avea consecinţe multiple. Spitalul de psihiatrie va fi o proiecţie arhitecturală a clasificării nosologice. Nebunia nu va reprezenta o lume neinteligibilă, ci un sector al ansamblului medicinei, al spiritului general. Patologia mintală va deveni un domeniu

privilegiat al antropologiei, un model epistemic prin care se oferă accesul la înţelegerea echilibrului şi a ordinii intelectuale, ca valoare a omului.

Starea de alienaţie mintală capătă o imagine relativizantă. Ea apare ca o „situaţie--limită" a umanului, şi nu ca o stare de dezumanizare. Nebunul încetează a mai fi o „fiinţă opusă şi periculoasă", fiind perceput ca „un semen în stare de suferinţă".

Cabanis, referindu-se la statutul social al bolnavului psihic, distinge trei grupe de raporturi între acesta şi societate:

a) starea de boală psihică;
b) potenţialul de periculozitate antisocială;
c) pierderea parţială sau totală a discernământului, cu implicaţii imediate asupra răspunderii pentru faptele comise.

Constituirea psihopatologiei ca ştiinţă

Deşi s-a constituit relativ recent ca disciplină independentă în cadrul „disciplinelor psihologice", psihopatologia are rădăcini solide şi vechi în domeniul ştiinţelor umaniste. Constituirea sa ca domeniu ştiinţific cu o configuraţie precisă ne apare ca o sinteză convergentă a evoluţiei „concepţiilor despre om", precum şi a „practicilor umanului" (vezi schema „Sursele, relaţiile interdisciplinare şi domeniile psihopatologiei").

Disciplinele psihologice îşi trag substanţa, ca sursă, din „reprezentările primare despre lume şi om". Acestea nu au avut la originea lor un caracter diferenţiat, fiind mai mult o aglomerare de atitudini, credinţe, reprezentări şi conduite colective cu caracter primar şi universal (L. Lévy-Bruhl, Cl. Lévi-Strauss). Din ele însă se vor dezvolta într-o formă ordonată „concepţiile despre om", care vor avea în centrul lor prima încercare de sinteză a „semnificaţiei umanului". Această semnificaţie a umanului se va diferenţia în două direcţii principale: *omul ca valoare*, fiinţa sufletească şi spirituală sau umanul propriu-zis, şi *omul ca persoană*, privind fiinţa fizică sau omul ca trup.

Ideea *omului ca valoare* va duce la constituirea *antropologiei culturale* şi a disciplinelor psihologice care derivă din ea. Ideea *omului ca persoană* va duce la constituirea *antropologiei fizice şi medicale*, din care se vor dezvolta disciplinele medicale. Psihopatologia, aşa cum vom vedea, se va situa în zona de întâlnire a acestor domenii, împrumutând câte ceva de la fiecare.

Din „concepţiile teoretice despre om" se va dezvolta, ca o formă a *praxisului*, „îngrijirea omului", care va avea două aspecte principale: *formarea omului*, a personalităţii acestuia (*paideia* – educaţia) şi *restaurarea echilibrului* somatic, psihic şi moral al acestuia (*therapia* – terapia). În prima grupă se situează morala, pedagogia şi psihologia, iar în cea de-a doua grupă se situează medicina somatică şi psihiatria. Un loc aparte între acestea va fi ocupat de psihanaliză, care, într-o formă sintetică, preia elemente de la fiecare, urmărind să explice anormalitatea şi să ofere soluţii terapeutice în aceste situaţii.

Psihopatologia se constituie abia acum ca disciplină de sine stătătoare, la confluenţa întâlnirilor interdisciplinare ale „umanului". Ea va prelua *obiectul* de la psihiatrie, *modelul de gândire* şi *metodele* – de la psihologie şi filozofie, iar *atitudinea faţă de obiectul cunoaşterii* – de la psihanaliză. Odată constituită, psihopatologia îşi va organiza „direcţiile de cunoaştere" în următoarele sectoare:

a) *psihopatologia generală*: studiază normalitatea şi anormalitatea psihică, doctrina bolii mintale, conceptele şi limbajul său ştiinţific, discursul epistemic etc.;
b) *psihopatologia clinică*: studiază procesele de „organizare" şi „dezorganizare" a sistemului personalităţii (aparatul psihic), fenomenele psihice morbide reprezentate prin tulburările proceselor psihice, simptomele şi sindroamele psihopatologice, precum şi cadrul general al nosologiei psihiatrice;
c) *psihopatologia nosologică*: studiază aspectele psihopatologice specifice „bolilor psihice", tipul de alteralitate psihică şi semnificaţia medico-psihologică a bolilor mintale. Un loc important este rezervat patologiei psihosomatice, precum şi suferinţelor psihomorale;
d) *psihopatologia antropologică şi socială*: studiază într-o manieră sintetico-globală modelele de personalitate în psihopatologie, tulburările psihice ale grupurilor socioumane (psihozele colective), variaţiile transculturale sau etnoculturale ale bolilor psihice, raporturile psihopatologiei cu alte discipline umaniste etc.

Psihopatologia se naşte ulterior constituirii şi recunoaşterii psihiatriei ca disciplină medicală. Ea îşi datorează existenţa, în principal, lucrărilor lui Th. Ribot, „filozoful-psiholog". Considerând-o iniţial o „psihologie patologică", Th. Ribot caută să delimiteze psihologia de metafizică. Studiind bolile psihice, el le considera ca reprezentând „disoluţii ale facultăţilor mintale". Acest aspect este deosebit de important, întrucât oferă posibilitatea explicării diferitelor niveluri ale vieţii psihice, în condiţiile oferite de patologia psihiatrică, imposibil de sesizat şi de explorat la subiecţii normali, la care facultăţile psihice nu pot fi separate una de cealaltă.

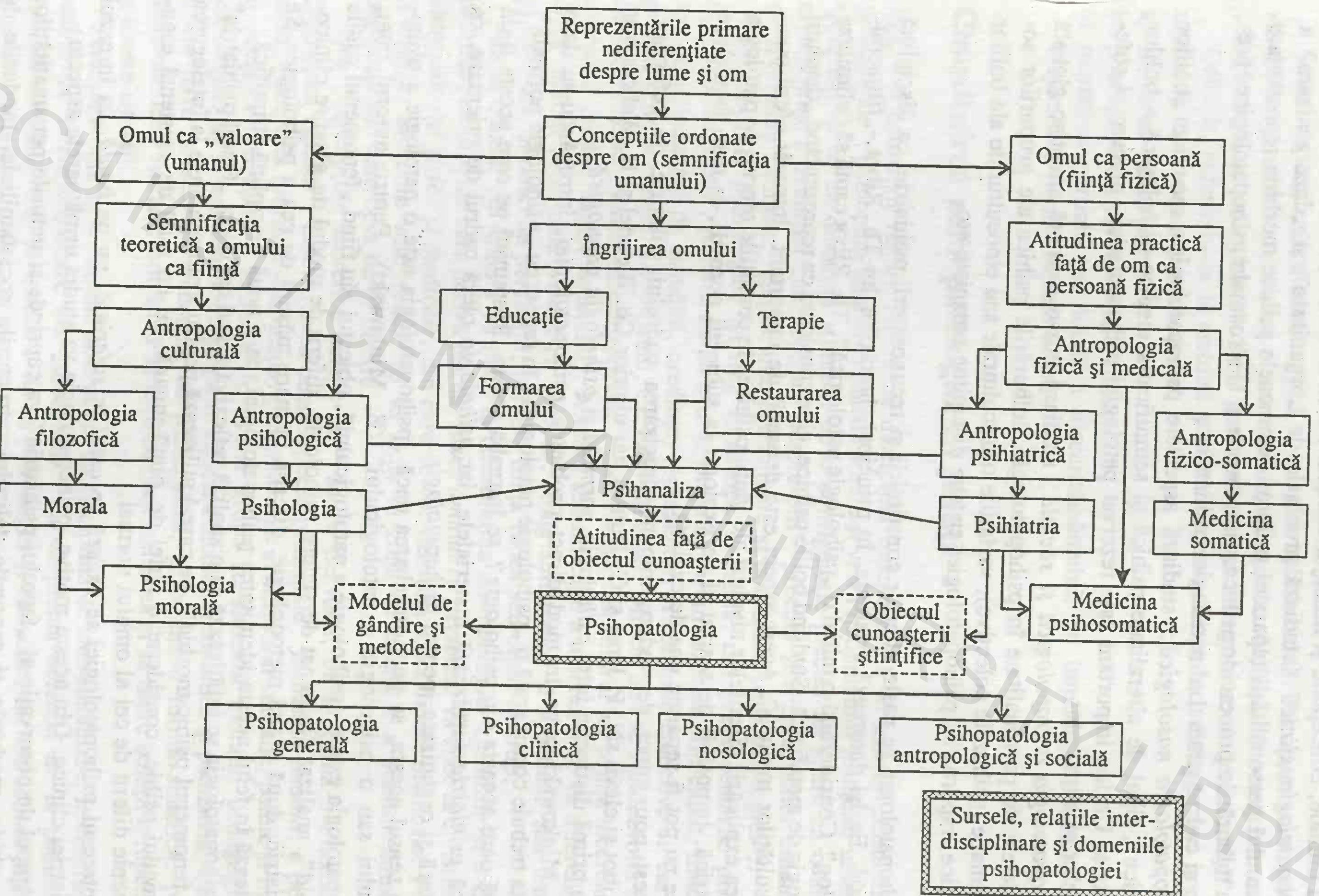
Acest nou punct de vedere impune precizarea cadrului ştiinţific de referinţă. Th. Ribot şi elevii săi, P. Janet şi G. Dumas, iar ulterior Ch. Blondel şi H. Wallon, vor face o primă distincţie între *psihologia normală* şi *psihologia patologică*.

E. Minkowski pune în mod direct problema *psihopatologiei*, întrebându-se dacă aceasta trebuie considerată o „psihologie patologică" în raport cu „psihologia normală". Derivă oare aceasta din psihologie? se întreabă acesta. Răspunsul pe care acesta îl dă este că *psihiatria* furnizează materialele, iar *psihologia* oferă cadrul de orientare, ca structură şi organizare, pentru *psihopatologie*.

În sensul acesta, se pune întrebarea dacă „psihopatologia este o patologie a psihologicului sau o psihologie a patologicului" (E. Minkowski). Pentru autorul citat, psihopatologia este o „psihologie a patologicului", obiectul său fiind „fenomenul psihic morbid", analizat din punct de vedere psihologic, diferit de modul de gândire clinico-psihiatric, după o altă metodologie, diferită în mare măsură de cea a psihologiei. Se profilează în felul acesta identitatea psihopatologiei, ca o nouă disciplină ştiinţifică.

Psihopatologia se înfăţişează ca o analiză reflexivă având ca obiect „faptul psihiatric" sau „fenomenul psihic morbid", pe care-l utilizează pentru a putea ajunge la înţelegerea bolnavului psihic, considerat o altfel de fiinţă umană, cu un mod de existenţă esenţialmente diferit de cel al omului normal.

Interesul psihopatologiei se axează pe *omul în suferinţă*, nu pe *boală*, ca în cazul psihiatriei clinice. Din aceste motive, psihopatologia va studia următoarele aspecte:
a) câmpul de observaţie al „faptului psihiatric" va cuprinde structurile personalităţilor morbide, modurile şi sensurile delirului, structurile sociofamiliale, modurile de comunicare-expresie, actele şi conduitele bolnavilor;



Sursele, relațiile interdisciplinare și domeniile psihologiei

b) metodologia va fi orientată în trei direcţii principale :
- *înţelegerea*, care constă într-un efort de pătrundere intuitivă a fenomenului psihic morbid, semnificaţia acestuia fiind raportată la persoana şi viaţa bolnavului. În acest caz, avem de-a face cu o atitudine fenomenologică, ce caută să vadă în simptomul clinic sensurile unui conţinut vital ;
- *explicarea*, operaţia intelectuală ce completează înţelegerea prin interpretări şi stabilirea unor legături de cauzalitate între diferitele date de observaţie ;
- *interpretarea* fenomenului psihic morbid, ce va fi condusă după metoda reflecţiei filozofice, având caracterul unei hermeneutici a descifrării semnificaţiei faptului psihiatric şi, implicit, a naturii diferite a persoanei bolnavului psihic.

Având în vedere cele de mai sus, se poate afirma faptul că psihopatologia are o poziţie intermediară între psihiatrie, psihologie şi filozofie. Filozofia caută semnificaţia nebuniei în sfera umanului, pe când psihopatologia, răsturnând problema, caută să aducă o semnificaţie nouă a umanului, justificând în felul acesta realitatea nebuniei.

Plecând de la întrebarea dacă „trebuie să situăm nebunia în sfera umanului sau umanul în sfera nebuniei", se desprinde un important domeniu epistemologic, deosebit de complex, cel al „bolilor mintale", în care distingem trei direcţii : *psihiatria*, *psihopatologia* şi *epistemologia ştiinţelor nebuniei* (M. Thuilleaux).

Elementul comun care le apropie, concentrându-le în acelaşi cadru, este *persoana umană*, fiinţa sub multiplele sale determinate : biologic, psihologic, istoric, sociologic, cultural, moral, religios. În cazul acesta, observaţia clinică are un caracter pur empiric, reducându-se la o „colecţie de fapte". Teoriile psihopatologice vor constitui un model de interpretare a sensurilor umanului în raport cu faptele de observaţie clinico-psihiatrice. O epistemologie a acestor discipline ştiinţifice va participa, în final, la clarificarea principiilor şi a fundamentelor acestora, sfârşind prin a plasa „fenomenul psihic morbid" confiscat de medicină, în sfera umanului. Aceste aspecte ridică în faţa specialistului cel puţin două direcţii de abordare a psihopatologiei : o abordare din perspectiva psihiatriei clinice şi o alta din perspectiva ştiinţelor umaniste. Le vom urmări succesiv.

Psihopatologia este o interogare asupra fenomenului psihic morbid sau a psihismului patologic. „Morbidul psihic" şi-l dispută curiozitatea filozofică, dar şi dorinţa de cunoaştere medico-psihiatrică. Filozofia integrează „existenţa patologică" în concepţia antropologică, pe când psihiatria include „nebunia" în sfera medicinei, etichetând-o ca boală.

Se pune deci în mod legitim întrebarea : Pe ce teren se vor întâlni gândirea şi acţiunea referitoare la fenomenul psihic morbid ? Răspunsul este următorul : acest teren este *psihopatologia*.

Psihopatologia nu este acelaşi lucru cu clinica psihiatrică, întrucât, spre deosebire de aceasta din urmă, ea, fiind complet lipsită de orice intenţii terapeutice reparatorii, urmăreşte înţelegerea şi explicarea printr-o analiză reflexivă a fenomenului psihic morbid, fără să-l considere o „specie clinică". Psihopatologia este orientată mai mult către filozofie, întrucât „interoghează" şi „ascultă" obiectul studiului său, motiv pentru care răspunde la două aspecte principale :

a) răspunde filozofiei la unele dintre întrebările acesteia referitoare la natura umană ;
b) oferă psihiatriei un corp doctrinar şi teoretic care-i permite o mai bună înţelegere a semnificaţiei „bolilor mintale", în scopul organizării conduitelor diagnostice şi terapeutice.

Psihopatologia reprezintă o teorie a faptelor psihiatrice, iar „faptul psihopatologic" este reprezentat prin următoarele aspecte: istoric, sociologic, biologic și psihologic (M. Thuilleaux). Să ne oprim un moment asupra acestora.

Dimensiunea *istorică* a psihopatologiei este subliniată de M. Foucault și constă din ruptura creată între „nebun" și „societate" prin alienarea subiectului și obiectivarea faptului psihopatologic. Dimensiunea *socială*, asupra căreia insistă R. Bastide, privește problema sociogenezei bolilor psihice. Dimensiunea *biologică* are la bază organicismul bolilor psihice (PGP, epilepsie, confuzia mintală, psihozele toxice și organice etc.) și, legat de acestea, biogeneza. Ea este susținută de teoria organodinamistă a lui H. Ey. Dimensiunea *psihologică* (S. Freud, P. Janet, J. Piaget, P. Ricœur) pune problema conflictului, a psihotraumatismelor, a refulării și a complexelor, în special „situația oedipiană" în geneza bolilor psihice. Faptul psihopatologic apare astfel în legătură directă cu procesele de psihogeneză.

Cele de mai sus pun în evidență o determinare polivalentă a faptului psihopatologic.

Orice modificare psihopatologică reprezintă o trăire a unui individ, unică în perspectiva istoriei sale psihobiografice, izolată de societate, autonomă în originalitatea sa, solitară ca suferință morală (M. Thuilleaux). În felul acesta, *faptul psihopatologic* devine inseparabil de *teoria personalității*.

În raport cu filozofia, psihopatologia are ca obiect studiul faptelor net determinate, izolate în câmpul cunoașterii de percepția științifică a cercetătorului. Însă, spre deosebire de aceasta, psihiatria se înfățișează ca ramură strict medicală, înclinând către științele biologice. Spre deosebire de psihopatologie, psihiatria se caracterizează prin următoarele:

a) are ca obiect studiul bolilor mintale;
b) scopurile urmărite sunt tratamentul, profilaxia și recuperarea complexă a bolnavilor psihic;
c) metoda utilizată este cea clinică, de observație și anamneză medicală a bolnavilor psihic.

Psihopatologia, situată între filozofie și psihiatrie, are o identitate proprie, caracterizată prin următoarele aspecte:

a) obiectul său este reprezentat de fenomenul psihic morbid;
b) scopurile urmărite sunt de cunoaștere a persoanei alienate psihic;
c) utilizează o metodologie preluată din filozofie.

Față de acestea, se pune problema dacă metodele psihopatologiei au contingență cu experimentul din științele biologice. Din punct de vedere metodologic, psihopatologia este o formă particulară de cunoaștere a bolii psihice. Dar, concomitent, ea este și o modalitate particulară de înțelegere a alteralității psihice. Din acest motiv, „epistemologia psihopatologică" se înfățișează ca o modalitate aparte de *cunoaștere* și de *înțelegere* a nebuniei, a fenomenelor psihice morbide, în sensul precizat de K. Jaspers, diferind astfel de „metoda experimentală".

Două probleme de ordin epistemologic se pun în sfera psihopatologiei: *a ști* și *a cunoaște*. Deși aparent diferite, ele se completează, întâlnindu-se în intenția lor finală. *A ști* este partea formal-externă a problemei. *A cunoaște* reprezintă descifrarea conținutului intern, privind semnificația faptelor observate. Coroborate, ambele configurează un continuum metodologic al domeniului științific al psihopatologiei.

Cunoașterea duce la înțelegerea fenomenului psihic morbid. K. Jaspers subliniază faptul că „putem cunoaște fenomenul psihic morbid, dar nu-l putem înțelege, întrucât el

este o experienţă sufletească strict individuală şi personală, interioară, a fiecărei persoane". El poate fi comunicat, ştiut, dar va continua să rămână de „neînţeles", fiind unic şi irepetabil, propriu, exclusiv subiectului care-l trăieşte.

Apare însă un aspect nou, deosebit de important, legat de *persoana psihopatologului*, a cercetătorului fenomenelor psihice morbide. Psihopatologul trebuie să aibă, în mod obligatoriu, o formaţie profesională de psihiatru. Este absolut necesar ca acesta să fi primit o pregătire medicală de specialitate în domeniul bolilor psihice. Această formaţie îi este indispensabilă, întrucât psihiatria este cea care furnizează psihopatologiei „materialul faptic". Psihopatologul va fi, în cazul acesta, un teoretician al cunoaşterii fenomenului psihic morbid, pe când psihiatrul va fi un practician al diagnosticării şi tratării medicale a bolilor psihice.

Rezultă de aici că obiectul apropie psihopatologia de psihiatrie, iar cea care le separă este metoda. Este necesar, în acest caz, să precizăm caracteristicile pentru obiect şi cele pentru metodă, atât în cazul psihiatriei, cât şi în cel al psihopatologiei.

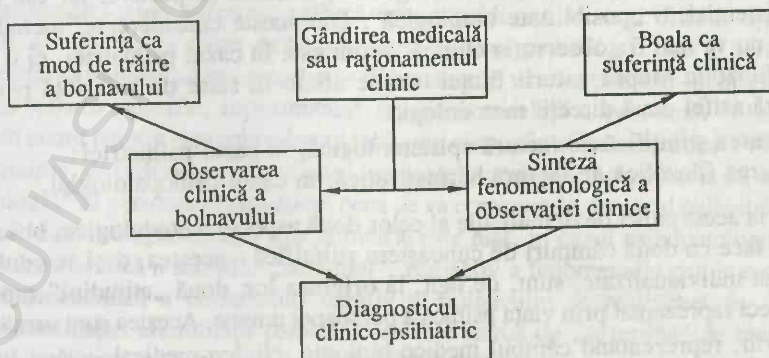
Obiectul psihopatologiei

Referindu-se la obiectul cunoaşterii în psihopatologie, L. Binswanger distinge două direcţii:

a) *concepţia psihopatologică*, ce provine dinspre filozofie şi ştiinţele umaniste;
b) *concepţia psihiatrică*, ce provine dinspre medicina generală, somatobiologică.

Ambele concepţii reprezintă două modalităţi de a înţelege *omul*. Psihiatria vede în om un organism biologic, fizico-chimic, un sistem de funcţii de ordin organic, legate prin procese naturale. Psihopatologia vede în om o fiinţă personală a cărei viaţă reprezintă o continuitate istorică, o „existenţă în timp".

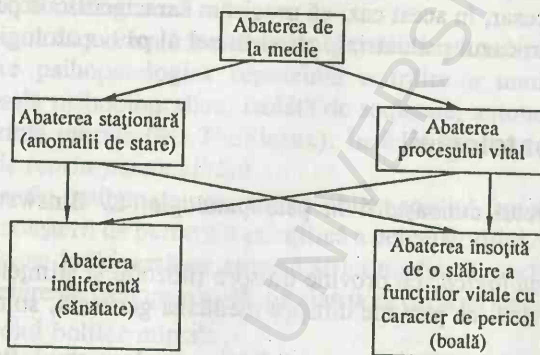
Rezultă din acestea că avem de-a face cu două domenii distincte în ceea ce priveşte „atitudinea" faţă de obiectul cunoaşterii. Psihiatria clinică consideră omul din punct de vedere medical, ca pe un bolnav, ca pe un caz clinic, consemnând simptomatologia, grupând-o în serii sindromologice şi încadrând-o în grupe nosologice prin intermediul raţionamentului clinic care este reprezentat de diagnostic. În sensul acesta, remarcăm următoarea structurare a „gândirii clinice" în psihiatrie:



Fundamentând observaţia clinică a bolnavilor psihic pe „metoda fenomenologică", K. Jaspers ne oferă un cadru lărgit, introducând conceptul de *experienţă clinico-psihiatrică*. Aceasta îmbogăţeşte considerabil cadrul strict medical al examenului clinic.

K. Jaspers pune în discuţie conceptul de *boală* ca pe o abatere de la medie, considerată ca reprezentând valorile de *normalitate*. Abaterea poate fi staţionară, fapt care conduce către conceptul de *sănătate mintală*, sau, dimpotrivă, poate interesa „procesul vital", implicând în cazul acesta modificări de ordin funcţional, având ca rezultat apariţia stării de *boală psihică*.

Sunt puse, în felul acesta, în raport de comparaţie *normalul cu patologicul*, respectiv starea de *sănătate* cu starea de *boală*. Se demonstrează astfel inseparabilitatea celor două concepte, ele fiind complementare. Faptul este esenţial în înţelegerea persoanei atât în stare de normalitate, cât şi de boală psihică, aşa cum se poate vedea mai jos :



Pentru K. Jaspers, boala psihică este legată, în primul rând, de o „lipsă", fapt care aduce în discuţie două aspecte :

a) *aspectul transversal* al vieţii psihice, în sensul de înţelegere statică sau fenomenologică ;
b) *aspectul longitudinal* al vieţii psihice, în sensul de înţelegeri genetice sau înţelegere a unei „psihopatologii comprehensive".

Psihopatologia ca domeniu al ştiinţelor umaniste este o „antropologie clinică" privind fenomenul psihic morbid. Obiectul ei este fiinţa umană ca „persoană diferită" în raport cu normalitatea psihică a celorlalte persoane. Nebunia sau starea de alienaţie mintală este considerată un „accident" psihobiologic al persoanei respective, iar din punct de vedere existenţial, o „posibilitate ontologică". Din aceste considerente, metoda psihopatologiei nu va mai fi „observaţia clinică", cum este în cazul psihiatriei, ci o reflecţie de ordin filozofic asupra naturii fiinţei umane aflate în stare de suferinţă psihică. Se diferenţiază astfel două direcţii metodologice :

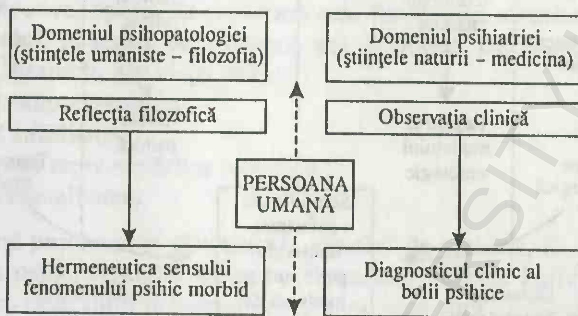
a) cunoaşterea ştiinţifică de factură epistemologică, în cazul psihiatriei ;
b) înţelegerea filozofică de factură hermeneutică, în cazul psihopatologiei.

Ajunşi la acest punct de demarcaţie al celor două aspecte metodologice, observăm că avem de-a face cu două câmpuri de cunoaştere ştiinţifică ; acestea, deşi se constituie în domenii net individualizate, sunt, de fapt, la originea lor, două „atitudini" raportate la acelaşi obiect reprezentat prin viaţa psihică a persoanei umane. Acestea sunt următoarele :

a) *psihiatria*, reprezentând câmpul medico-biologic, clinico-medical, având în centrul ei bolnavul psihic privit prin intermediul raţionamentului diagnostic ;

b) *psihopatologia*, reprezentând câmpul antropologic, de înţelegere filozofică a fenomenului psihic morbid, prin intermediul unui act de hermeneutică.

Distincte, dar legate prin acelaşi „obiect” de cunoaştere, cele două domenii ştiinţifice se diferenţiază în primul rând prin „atitudinea” metodologică faţă de obiectul cunoaşterii, aşa cum se vede mai jos:

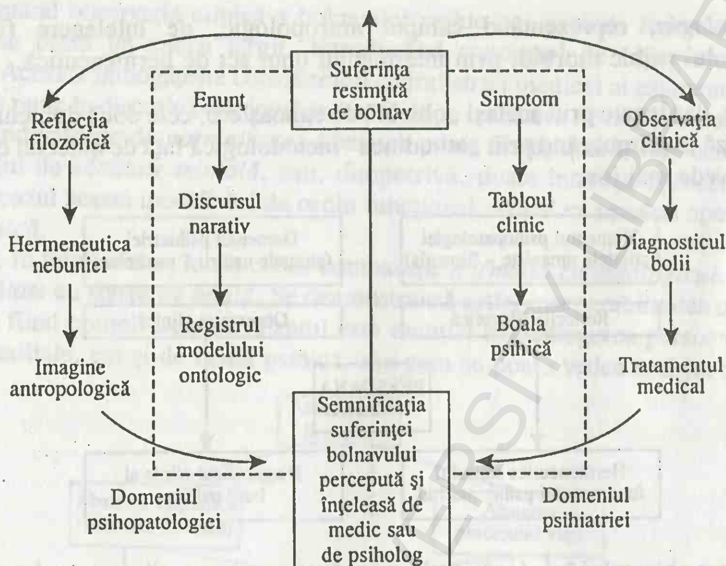


Delimitarea obiectului în „două părţi”, una de competenţa psihopatologiei, iar cealaltă de competenţa psihiatriei, este pur metodologică. Linia care „desparte” obiectul delimitează graniţa dintre cele două atitudini metodologice: atitudinea reflexiv-filozofică specifică psihopatologiei şi atitudinea clinico-medicală specifică psihiatriei.

Esenţa obiectului este fixată avându-se ca punct de plecare al demersului metodologic „suferinţa psihică” a persoanei umane. Aceasta este unică şi comună ambelor domenii. De aici însă începe separaţia atitudinilor metodologice care vor conduce, pe de o parte, către psihopatologie, iar pe de altă parte, către psihiatrie, ca „operaţii mintale” de interpretare. Să urmărim în continuare fiecare dintre aceste două direcţii.

În cazul *psihiatriei*, suferinţa psihică este percepută prin intermediul observaţiei clinice, sub formă de „simptome”. Simptomele reprezintă materialul din care se va construi „tabloul clinic” prin intermediul raţionamentului diagnostic, specificându-se în final boala psihică. Scopul final al oricărui diagnostic este stabilirea tipului sau formei clinice a bolii psihice pentru a se putea institui un tratament medical adecvat, necesar restabilirii echilibrului psihic al bolnavului respectiv. Actul medical este un tip de raţionament cauzal privind relaţia dintre factorii etiologici (cauză) şi boală (efect).

În cazul *psihopatologiei*, suferinţa psihică este considerată în mod diferit, aşa cum rezultă ea din ascultarea de către psihopatolog a istoriei psihobiografice a persoanei respective. Relatarea bolnavului sau *enunţul bolii* acestuia se va constitui într-un *discurs* ori într-un *context narativ* specific, reprezentând imaginea paralelă a persoanei bolnavului respectiv. Acest enunţ narativ este echivalentul tabloului clinic din sfera psihiatriei. Printr-un raţionament analitic, de ordonare şi clarificare, contextul narativ va fi raportat la un anumit „registru ontologic” al persoanei respective, ceea ce va corespunde, în cazul psihiatriei, cu „boala psihică”. Locul diagnosticului din psihiatrie este luat, în cazul psihopatologiei, de interpretarea hermeneutică a sensului „nebuniei”, respectiv a fenomenului psihic morbid. Prin analiza hermeneutică a contextului narativ al bolnavului se realizează de fapt o descifrare a semnificaţiei alteralităţii psihice, care este starea de „suferinţă” de unde s-a plecat iniţial. Scopul este realizarea unei imagini antropologice a persoanei umane în stare de alienare mintală, aşa cum se poate vedea în schema următoare:



Din schema de mai sus se desprinde faptul că, deşi net individualizate, psihiatria şi psihopatologia se află într-un permanent „dialog", prin care se completează reciproc.

Pentru K. Jaspers, psihopatologia rămâne ştiinţa fenomenelor sufleteşti anormale şi bolnave, întrucât, aşa cum vom vedea în capitolele următoare, se poate vorbi despre o psihopatologie clinică şi nosologică ce analizează semnificaţiile diferitelor tipuri de boli psihice. În sensul acesta, scopurile urmărite de psihopatologie, după K. Jaspers, sunt următoarele:

a) analizează viaţa psihică anormală ca realitate a persoanei;
b) reprezintă studiul mijloacelor de expresie ale acesteia;
c) urmăreşte cauzele tulburărilor psihice;
d) explică dinamica fenomenului psihic morbid;
e) interpretează formele de anomalie psihică.

Trebuie însă precizat faptul că în cazul psihopatologiei nu se face o separaţie între fenomenul psihic morbid şi persoana bolnavului psihic. Acestea constituie un ansamblu unic, caracterizat, după E. Minkowski, prin următoarele aspecte:

a) ruperea dialogului uman;
b) ruperea contactului vital cu realitatea;
c) aspectul dramatic al suferinţei psihice;
d) ruptura existenţei cu schimbarea cursului vieţii şi a sensului destinului persoanei bolnavului;
e) infirmarea caracterului afirmativ al vieţii;
f) schimbarea naturii umane, în sensul că „a fi bolnav" înseamnă „a fi diferit";
g) modificarea calitativă a personalităţii prin prezenţa fenomenelor psihice morbide în componenţa acesteia.

Din cele expuse mai sus se poate vedea că în sfera obiectului psihopatologiei se diferenţiază câteva aspecte particulare, diferite de cele ale psihiatriei clinice. Referindu-se la aceste particularităţi care interesează obiectul psihopatologiei, K. Jaspers a preferat să le considere „teme de studiu".

Pentru K. Jaspers, scopul psihopatologiei este de a cunoaşte viaţa psihică anormală în realitatea sa, mijloacele de expresie ale acesteia, raporturile sale de ansamblu şi cauzele sale multiple. Situându-se pe această poziţie, care construieşte o psihopatologie plecând de la datele oferite de psihiatria clinică, K. Jaspers izolează următoarele aspecte tematice ale psihopatologiei :

a) calităţile subiective ale sufletului trăite în mod real (fenomenologia) ;
b) simptomele obiective, operaţiile şi fenomenele fiziologice auxiliare ;
c) expresia sufletului, în sensul de fenomen atât de obiect, cât şi subiectiv ;
d) raporturile de ansamblu ale vieţii psihice ;
e) raporturile de comprehensiune ;
f) raporturile de cauzalitate ;
g) modurile şi sensul reprezentărilor teoretice ;
h) inteligenţa şi personalitatea.

Ulterior, reluând problema şi sintetizând „temele" de mai sus, K. Jaspers preferă să vorbească în sfera psihopatologiei despre „fenomenele psihice individuale" care concentrează „tematica obiectului psihopatologiei". Acestea sunt următoarele :

1. Experienţele vieţii trăite. Fenomenele subiective ale vieţii psihice morbide, reprezentând „psihopatologia fenomenologică" (tulburări de conştiinţă, halucinaţii, afecte, tulburări de gândire).
2. Performanţele psihice drept performanţe obiective ale vieţii psihice (apercepţia, memoria, activitatea, inteligenţa). Acestea sunt în raport cu „psihologia formei" (*Gestaltpsychologie*).
3. Componenta somatică a evenimentelor psihice, în care sunt incluse componentele şi efectele somatice ca simptome ale activităţii psihice, ele reprezentând „somatopsihologia".
4. Semnificaţia fenomenelor obiective, ele reprezentând „psihopatologia comprehensivă".

Pentru K. Jaspers, ceea ce are valoare pentru psihopatologie sunt, în primul rând, *experienţele umane*, fie că este vorba despre „experienţele vieţii trăite", ca manifestări exterioare, fie despre „experienţele sufleteşti", ca manifestări interioare. În sensul acesta, psihopatologia este chemată să explice şi să înţeleagă aceste experienţe umane în raport cu fenomenele psihice morbide.

E. Minkowski afirmă că scopul psihopatologiei este de a înţelege diversele modalităţi de „a fi altfel" ale persoanei umane. Din acest motiv, pentru E. Minkowski, o importanţă deosebită o au nu „temele", ci „mecanismele" de la baza fenomenului psihic morbid, care sunt următoarele :

a) legătura şi disjuncţia ;
b) fuziunea şi denudarea ;
c) vagul şi confuzul (ordinea, precizia, vidul, unitatea) ;
d) reificarea şi pierderea contactului vital cu realitatea (integrare, adaptare, dezadaptare, alienare).

O precizare interesantă este făcută de H. Ey, care, referindu-se la „tematica psihopatologiei", afirmă că „boala nu este un corp străin, ci depinde de organizarea fiinţei vii, apărând esenţialmente ca un efect al dezorganizării sale".

Toate aspectele prezentate mai sus demonstrează că psihopatologia se constituie ca o disciplină bine conturată, având ca obiect studiul „fenomenului psihic morbid" din perspectiva ştiinţelor umaniste, realizând prin aceasta conexiunea, atât de necesară, între psihiatria clinică şi psihologia generală.

3. Antropologia medico-psihologică

Aspectele antropologice ale psihologiei şi psihopatologiei

Medicina este ştiinţa cauzelor, consecinţelor şi terapiei bolilor. Din acest motiv, domeniul *antropologiei medicale* reprezintă, în esenţa sa, o cunoaştere particulară a umanului.

Medicina orientată biologic, după modelul ştiinţelor naturii, are anumite limite şi nu poate explica simptomele bolii decât în raport cu un substrat somatic care le cauzează. În cazul bolilor psihice, acest aspect are particularităţi specifice.

Se pune adesea întrebarea: „De ce omul se îmbolnăveşte într-o anumită situaţie de viaţă critică pentru el şi ce semnificaţie are în acest caz boala, precum şi în ce mod prelucrează individul propria boală?". Aceasta constituie numai una dintre temele fundamentale ale *antropologiei medicale* (P. Christian).

După Krehl, bolnavul nu este numai obiectul bolii, ci, concomitent, şi subiectul bolii sale. Prin aceasta se inaugurează domeniul *psihologiei medicale*, dar se afirmă totodată şi dimensiunea antropologică, cu un conţinut mult mai larg, în care este cuprinsă şi psihopatologia.

Viziunea exclusiv biologică a bolii, aşa cum ne este ea furnizată de ştiinţele naturii, nu este suficientă şi nu poate cuprinde totalitatea aspectelor acesteia. Concepţia antropologică asupra bolii aduce în discuţie câteva teme principale:

a) subiectivitatea bolnavului ca interioritate trăită a suferinţei;
b) suferinţa înţeleasă ca experienţă de viaţă cu un caracter particular, dramatic, reprezentând dimensiunea ontologică a bolii;
c) caracterul specific al psihobiografiei bolnavului în raport cu boala considerată un accident ontologic.

Aceste aspecte subliniază specificul antropologiei medicale care îi dă un caracter de „antropologie fenomenologică", având drept obiect de studiu transformările survenite în existenţa bolnavului. De aici rezultă faptul că, dincolo de aspectele sale pur şi exclusiv pragmatice, medicina oferă perspectiva unui model de înţelegere a omului bolnav, considerat o „fiinţă umană în suferinţă", precum şi a fenomenului morbid. Această cunoaştere se obiectivează prin următoarele:

a) cunoaşterea discursivă şi cea intuitivă a stării de boală prin obiectivare, explicare şi experiment, în spiritul ştiinţelor naturii;
b) înţelegerea existenţei sufleteşti anormale sau patologice şi a contextelor relaţiilor şi corelaţiilor sufleteşti rezultate din evidenţele înţelegerii;
c) interpretarea fenomenologică a stării de boală prin evidenţierea metodică a conţinuturilor fenomenologice;

d) înţelegerea antropo-fenomenologică a stărilor existenţiale modificate ale anormalului sufletesc sau ale persoanei bolnavului psihic.

În antropologia medicală şi psihologică se acordă o egală importanţă atât sferei sufleteşti, cât şi trupului. Trupul este înţeles ca o corporalitate a subiectului prin care persoana „trăieşte" şi „există" în lume, fapt de care suntem absolut obligaţi să ţinem seama. Din acest motiv, nu trebuie să facem o separaţie între „trup" şi „suflet" ; ele ar trebui să fie considerate împreună în cadrul „persoanei umane".

Medicina biologică se limitează la tablourile clinice ale bolilor, ca la ceva ce există concret în planul somatic, corporal. Este o referire la formele obiective, concrete ale realităţii corporale a bolnavului.

Medicina antropologică pune însă accentul pe latura vitală, ca modalitate de trăire, şi pe cea umană, în raport direct şi permanent cu sistemele de valori.

Medicina biologică, aşa cum se poate înţelege de mai sus, reduce omul la o imagine lipsită în cea mai mare măsură de orizontul subiectiv şi, prin urmare, de interioritate, punând accentul pe obiectivitatea lui externă şi procesele fiziologice în relaţie directă cu sfera somatică.

Medicina antropologică, dimpotrivă, consideră omul ca subiect ce se înţelege pe sine într-o unitate existenţială cu lumea externă. Prin aceasta, se afirmă în prim-plan aspectele psihologice normale, precum şi cele ale psihopatologiei, „fenomenul uman" fiind interpretat din punct de vedere filozofic. Filozofia devine astfel o reflecţie fundamentală asupra existenţei, iar în cadrul acesteia, psihopatologia, integrată antropologiei medicale, se va referi la manifestările concrete ale existenţei sub forma diferitelor boli psihice.

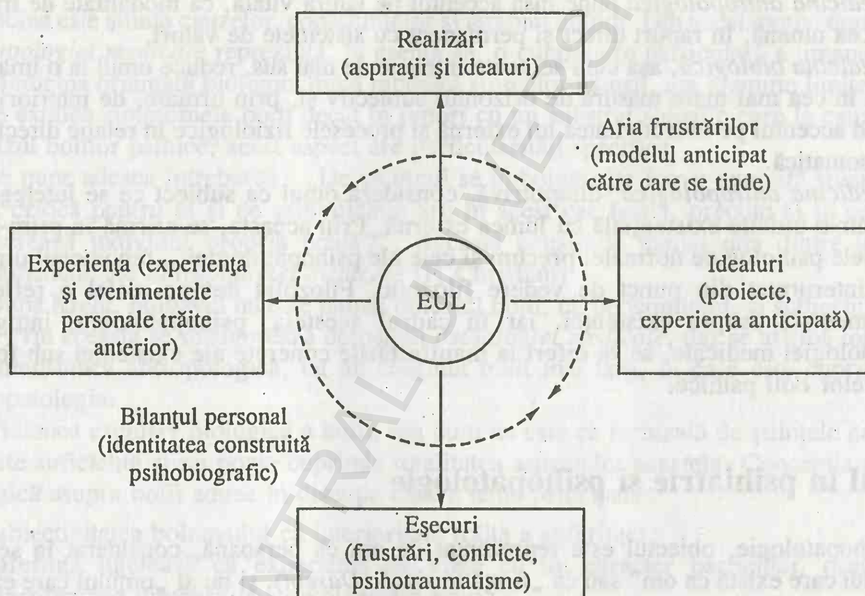
Omul în psihiatrie şi psihopatologie

În psihopatologie, obiectul este reprezentat de om ca persoană, considerat în sensul „omului care există ca om" sau ca „fiinţă în sine" (*Dasein*), şi nu al „omului care există în lume" – *In-der-Welt-Sein* – (L. Binswanger). Acest punct de vedere se referă la semnificaţia interioară a persoanei umane bolnave psihic, întrucât suferinţa psihică este percepută ca o experienţă interioară individuală şi, prin urmare, strict personală (L. Binswanger, K. Jaspers, K. Kohle, E. Minkowski, M. Manfredi, D. Cargnello). Din acest motiv, diferenţa dintre „a fi bolnav mintal" sau „a fi om sănătos" nu o poate stabili decât analiza existenţială (*Daseinsanalyse*). Este necesar, din acest motiv, să se precizeze conceptele de „sănătate mintală" şi de „boală psihică" în raport cu omul.

Fiecare societate are propriile reprezentări referitoare la sănătate şi boală în raport cu normele modelului sociocultural. Din acest motiv, şi semnificaţia omului va diferi în raport cu societatea respectivă, el fiind atât purtătorul sănătăţii, cât şi al bolii.

Din punct de vedere biologic, cu excepţia trăsăturilor rasiale specifice, omul este acelaşi în orice societate. Diferenţele apar în sfera psihologică (emoţii, comportamente, reacţii, model de gândire, aspiraţii etc.). E. Fromm crede că este mult mai potrivit să se vorbească despre „natura umană", care implică atât normalul, cât şi patologicul, în raport cu „tipul de societate". Pentru autorul citat, „constituţia mintală a omului este o bucată de hârtie imaculată pe care societatea şi cultura îşi scriu textul" (E. Fromm). Prin

natura umană trebuie înţeleasă „existenţa totală a omului", atât din punctul de vedere al stării de sănătate mintală, cât şi al celei de boală psihică. Viaţa omului este o permanentă alternare între „regresie" şi „progresie", între „sănătate" şi „boală". La baza „naturii umane" E. Fromm pune nevoile şi pasiunile umane considerate ca reprezentând totalitatea condiţiilor de care depinde realizarea (sănătatea) sau nerealizarea (boala) acestora. Nevoile la care se referă E. Fromm sunt puterea, vanitatea, adevărul, iubirea, înfăţişarea, distructivitatea, creativitatea. Satisfacerea acestora va depinde de condiţiile oferite de modul de organizare şi de funcţionare a societăţii respective. Dacă acestea sunt satisfăcute în mod liber, rezultatul va fi starea de sănătate. Dacă ele sunt blocate, va apărea boala psihică (vezi schema de mai jos).



Un fapt important care intră în discuţie se referă direct la antropologia psihiatrică şi psihopatologică. Modelul de viaţă al unei persoane umane nu este cuprins numai între cele două alternative, egal posibile : *sănătatea* sau *boala*. Între ele există numeroase şi variate nuanţe de care trebuie să ţinem seama. Un factor important ce poate determina sensul vieţii, destinul unei persoane, îl reprezintă frustrările, conflictele şi stările complexuale. Acumularea de frustrări va duce la apariţia unor stări complexuale, care vor marca sub diferite forme personalitatea individului. Boala psihică nu înseamnă, în spiritul antropologiei psihopatologice, numai o stare de alteralitate a persoanei, ci şi un mod de viaţă, un tip de existenţă particulară, nevrotică, psihotică etc., aşa cum vom menţiona mai departe.

Referitor la cele sus-menţionate privind poziţia omului în psihiatrie şi psihopatologie, G. Amado afirmă că *omul* este, în primul rând, un concept antropologic larg, în interiorul căruia trebuie diferenţiate câteva aspecte ce exprimă particularităţile naturii sale. Acestea sunt următoarele :

1. *Individul*: desemnează un corp organizat, trăind o existenţă proprie, care nu poate fi divizat fără a fi distrus ca unitate şi integritate. Individul uman este dotat cu capacitatea de a raţiona şi cu conştiinţă de sine.
2. *Persoana*: reprezintă individul raţional. Ea este unică, indivizibilă şi are o identitate proprie. Derivă din individ, iar din persoană derivă personajul. Orice persoană este o fiinţă conştientă de sine, dotată cu voinţă şi libertate, atribute puse sub semnul responsabilităţii.
3 *Personajul*: este ilustrarea persoanei. Acesta simbolizează persoana, fiind o „simili-persoană”. Personajul are o utilizare formal-externă, desemnând anumite semnificaţii situaţionale precise ale persoanei.
4. *Personalitatea*: concentrează o organizare structurală de factori care se integrează într-o unitate spaţială, fiind dotată cu o continuitate temporală. Personalitatea unui individ se poate modifica, însă identitatea sa rămâne neschimbată. Ea este dată de caracteristicile „Eului individual”. Pierderea identităţii duce la depersonalizare, care este o gravă alterare patologică.

Faţă de cele sus-menţionate, se impun câteva precizări în relaţie directă cu o antropologie psihiatrică (V.E. von Gebsattel). Plecând de la ideile lui M. Scheler, V.E. von Gebsattel face distincţia între „omul-individ” şi „omul-persoană”. Persoana ca atare nu poate constitui un „obiect” de cercetare empirică, întrucât noţiunea de persoană reprezintă substanţa individuală unitară, trăită individual şi neobiectivabilă în câmpul cercetării ştiinţifice. Ştiinţa creează un „obiect” sau un „lucru” (*Dinge*), şi nu o „fiinţă” (*Sein*), susţine M. Scheler. Dimpotrivă, corpul omenesc sau, mai exact, „trupul” (*Leib*) poate obiectiva Eul, dar o persoană nu poate fi considerată ca existenţă decât dacă se pot ratifica acţiunile ei în câmpul cunoaşterii printr-un act de „înţelegere”. Din acest motiv, susţine M. Scheler, oriunde poate fi concretizat sau obiectivat un *om*, ne va scăpa înţelesul interior al *persoanei*, semnificaţia acesteia, întrucât ne vom centra observaţia numai asupra învelişului exterior, aparent obiectiv, al fiinţei umane.

Pe aceste considerente se poate conchide că orice contact psihiatric cu omul este posibil numai ca o „înţelegere” însoţită de impresia pe care o avem asupra fenomenelor morbide, atât ca înţelegere directă, cât şi ca atitudine reflexivă asupra actelor sufleteşti ale bolnavului. Dar prin aceasta ieşim din aria psihiatriei clinice şi intrăm în sfera psihopatologiei.

Răspunsul la aceste dezbateri privind Omul, considerat ca „fiinţă-în-sine”, dar şi ca „temă antropologică”, atât în psihologie, cât şi în psihopatologie, ne este dat de K. Jaspers. Pentru acesta, omul este o structură complexă (*Umgreifende*) care reuneşte în „sfera” sa două părţi:

1. *Fiinţa care suntem* sau pe care o *reprezentăm* şi în componenţa căreia intră următoarele elemente:
   a) *subiectul vital*, reprezentat prin obiectivitatea pură şi instinct;
   b) *conştiinţa*, considerată la modul general şi în care trebuie să vedem sciziunea „subiect/obiect” (certitudinea);
   c) *spiritul*, reprezentând subiectivitatea pură (convingerea);
   d) *existenţa*, ca reprezentând tot ceea ce angajează individul (credinţa).
2. *Fiinţa care ne înconjoară* sau realitatea externă dată în care suntem (alături de ceilalţi indivizi asemănători nouă) şi care este reprezentată prin următoarele elemente:
   a) *lumea* reală şi posibilă;

b) *transcendenţa* ca aspiraţie a depăşirii de sine şi a realităţii lumii posibile într-o realitate personală, transmundană.

Acest „model (cuprinzător) al umanului" (*Umgreifende*) propus de K. Jaspers reprezintă un preţios reper atât pentru psihologie, cât şi pentru psihopatologie în înţelegerea dinamicii proceselor psihice normale, dar şi a modificărilor psihologice, anormale, ale acestora.

Dimensiunile ontologice ale umanului

Antropologia psihiatrică se referă la aspectele descriptive ale fenomenelor psihice morbide având un caracter constatativ, de natură analist-fenomenologică. *Analiza existenţială* (*Daseinsanalyse*) face o prezentare dinamică a fiinţei umane bolnave psihic, în perspectiva dinamicii generale a vieţii psihice. În primul caz este vorba de o analiză fenomenologică de tip „transversal", pe când în cel de-al doilea caz este vorba de o analiză existenţial-ontologică de tip „longitudinal".

Problema care se pune atât în psihologie, cât şi în psihopatologie este cuprinsă în următoarea întrebare : „Ce este existenţa psihică ?".

Sufletul nu are un caracter material. El nu poate fi definit prin diferenţierea sau comparaţia sa cu *trupul biologic* al persoanei. La fel, este destul de greu a-l defini sau a-l considera ceva exclusiv „interior persoanei", ca opus „lumii externe". Sufletul este mai mult chiar decât realitatea vie a existenţei trupeşti şi temporale a persoanei umane.

Dacă vom încerca să stabilim graniţele psihicului, ale Eului, va fi destul de greu să le fixăm atât în raport cu „interioritatea", cât şi cu „limitele externe" ale trupului fizic al persoanei. Psihicul nu este doar ceva care se află „în interiorul meu", ci se află în egală măsură şi „în afara mea". Prin aceste atribute, psihicul are caracterul unei realităţi aparte.

Existenţa psihică a prezentului este în permanenţă împletită cu „non-prezenţa viitorului" şi cu „nemaiexistenţa trecutului" sau cu ceea ce s-a consumat şi cu ceea ce se va consuma (H. Tellenbach). Existenţa psihică este mereu împletită cu trecutul şi viitorul, care se întâlnesc în momentul prezentului. Prin aceasta, psihicul se înfăţişează cu o structură şi o dinamică pur temporale.

Trebuie avut în vedere faptul că sufletescul nu este dat doar ca existenţa mea proprie, personală, ci este şi coexistenţa contemporană, actuală a lui „Tu". Fiecare întâlnire este o confruntare nemijlocită cu existenţa unui altul, cu un „Tu", pe care o resimte un „Eu". Existenţa psihică este în mod primar însăşi realitatea ta. Evenimentul întâlnirii este însăşi realitatea propriu-zisă. „Existenţa sufletească" este determinată, după H. Tellenbach, de următoarele aspecte : „trupesc", „lumesc", „temporal", „întâlnire" şi „limbaj". Unitatea acestor aspecte rezidă în conceperea psihicului ca pe o realitate bine conturată a existenţei în lume a persoanei umane. Să analizăm aceste aspecte ale vieţii sufleteşti.

1. *Trupescul* (Leiblichkeit)

Existenţa (*Dasein*) umană în lume înseamnă, în primul rând, o existenţă trupească (*Leib-sein*). Datorită realităţii noastre trupeşti, „noi suntem în lume" (*In-der-Welt-sein*). Dacă *psyché*-ul nostru este realitatea existenţei noastre în lume, atunci existenţa

sufletească este identică sau identificabilă cu trupescul. Că este aşa ne-o dovedeşte şi corelaţia psihosomatică a tipurilor constituţionale (E. Kretschmer). În cazul acesta, trupul nu mai este un simplu substrat al sufletului, iar întreaga noastră existenţă sufletească devine realitatea propriei prezenţe trupeşti.

Lumea devine, în cazul acesta, un vast orizont al trupului nostru. Realitatea trupului nu se mai sfârşeşte la graniţele configurative, anatomofiziologice ale corpului nostru, ci este integrat în lume (*Umwelt*) prin ascultare, vedere-privire, mirosire, palpare, mişcare, hrană, înmulţire.

Sufletul, ca realitate a trupului, este şi realitatea unei strânse şi permanente împletiri cu lumea. Locul nostru trupesc este, în acelaşi timp, punctul de reper care ne ordonează spaţiul cu care noi ne raportăm la acesta (spaţiul lumii externe) şi prin care noi ne orientăm în lume.

Identitatea sufletescului cu trupul este pusă şi în cazul existenţei „celuilalt", al lui „Tu" în raport cu mine („Eu").

Trupescul nu este numai prezenţă în lume, ci, în acelaşi timp, este şi prezenţa noastră împreună cu ceilalţi (*Mit-ein-andersein*). Prezenţa trupească a celuilalt o simţim în acţiunea noastră comună, în cadrul contactelor noastre cotidiene. Psihicul este, în cazul acesta, acel „a-fi-împreună" în cadrul comportamentului comun a două persoane. Un asemenea exemplu îl oferă jocul, ca formă de manifestare a lui „a-fi-împreună" din punctul de vedere trupesc al persoanelor.

În cazul dansului este realizată identificarea totală a psihicului cu trupul. Arhitectura creează şi ea un spaţiu pentru desfăşurarea co-prezenţei noastre trupeşti. Spaţiul arhitectonic este un spaţiu existenţial şi de mişcare pentru fiinţă ca „trup". Acest lucru este valabil atât pentru clădiri, cât şi pentru topografia oraşelor.

Un domeniu aparte îl reprezintă sfera sexualităţii. În cazul acesteia, identitatea psihicului cu trupul se realizează între „mine" (Eu) şi „celălalt" (Tu), având caracterul unei întâlniri cu semnificaţie de completare reciprocă.

2. *Lumescul (*Welthaftigkeit*)*

Sufletul este realitatea existenţei noastre trupeşti, temporale, în această lume. În sensul acesta, lumescul ne apare ca o parte integrantă a existenţei noastre psihice.

Lumea este orizontul realităţii noastre sufleteşti, dar şi spaţiul după care ne orientăm şi în cadrul căruia se derulează existenţa noastră temporal-istorică.

Pentru M. Merleau-Ponty, „lumea este mediul natural şi câmpul tuturor gândurilor şi percepţiilor mele explicite". Lumea este baza existenţei noastre. Ea ne asigură substratul existenţei. Lumea ne apare ca însăşi condiţia posibilităţii existenţei noastre de „a fi în viaţă".

Lumea ca orizont şi ca bază este şi scena pe care se derulează acţiunile situaţiilor noastre de viaţă, fiind în cazul acesta un mod de „existenţă în situaţii". Lumea înseamnă realitate, fiind prin aceasta premisa existenţei noastre. Diferitele momente ale existenţei în lume trebuie privite ca un tot unitar şi gândite în unitatea lor. De aici rezultă pentru psihologie că omul nu poate fi înţeles decât dacă îl scoatem din lumea lui. În această situaţie sau „condiţie empirică", omul ni se relevă cu toate aspectele sale caracteristice, care altfel sunt „mascate" de relaţiile existente între individ şi lumea sa proprie.

Lumea este întotdeauna concretă întrucât este reală. Din acest motiv, şi existenţa noastră în lume este întotdeauna o existenţă determinată. A fi determinat pentru existenţa umană înseamnă a căpăta o dimensiune şi o atribuţie de realitate, de ceva concret, aparent, real.

Dar situaţiile se pot modifica. Noi suntem obligaţi să ne desfăşurăm existenţa numai în situaţii. Ele sunt „situaţiile vieţii", iar spaţiul lor de desfăşurare este „lumea".

Dacă sufletul este realitatea existenţei în lume, el devine prin aceasta şi realitatea situaţiei. Esenţialul acesteia este unitatea momentelor subiective şi obiective, este faptul că ea reprezintă în acelaşi timp posibilitate şi realitate, actualitate şi potenţialitate, că noi suntem în lume în acelaşi timp activi şi pasivi, iar situaţia este rezultatul jocului întâlnirii şi acţiunii mai multor persoane, şi nu a individului izolat.

Situaţia este întotdeauna o întâlnire a omului cu lumea sa. Fiecărei situaţii îi este caracteristic faptul că decurge dintr-o situaţie anterioară ei şi că reprezintă ceva de la care nu te poţi sustrage, ceva care nu poate fi evitat.

În cazul situaţiilor inacceptabile, individul adoptă diferite „conduite de evitare": revoltă, contestare, histrionism, fugă etc. Orice situaţie se poate schimba. Ea este o realitate inevitabilă, dar concomitent şi un orizont deschis către alte posibilităţi care i se oferă existenţei persoanei.

În sensul celor de mai sus, psihologia se înfăţişează ca o analiză de situaţii. Totalitatea reacţiilor psihice se prezintă înaintea noastră ca modalităţi de relaţie în raport cu o situaţie în care este implicată persoana respectivă.

Existenţa psihică este acel „a-fi-în-lume" al persoanei. Lumea ne apare ca o „constelaţie de situaţii" sau ca un „orizont de posibilităţi" care i se oferă persoanei, în continuă mişcare şi schimbare.

Lumea persoanei are o semnificaţie precisă, fapt ce explică şi sistemul de valori sociale, culturale, morale, politice, religioase, economice care constituie „modelul cultural" specific unei societăţi şi unui anumit moment istoric, dar şi mentalitatea respectivă sau „concepţia despre lume" – *Weltanschauung* (K. Jaspers, Th. Rothacker, R. Müller-Freienfels).

Lumea ne este accesibilă numai parţial sau fragmentar, în ceea ce priveşte capacitatea noastră de a o recepta şi de a o înţelege. Lumea fizică, „vizibilă", precum şi lumea sufletească a fiinţei umane, „invizibilă", ne sunt date ca posibilităţi de cunoaştere şi înţelegere. În faţa lor, persoana încearcă o stare de nelinişte, o angoasă cauzată de o permanentă stare de tensiune între „mine" şi „lume", între „imaginea" mea despre lume şi „realitatea" acesteia în raport cu propria fiinţă. Conflictul dintre „imagine" şi „realitate" este permanent, omul căutând să impună „realităţii" lumii o „imagine" conformă cu aspiraţiile şi tendinţele sale.

3. *Temporalitatea* (Zeitlichkeit)

Existenţa noastră nu se limitează la prezent. Ea implică atât acumulările trecutului, cât şi perspectiva viitorului. Existenţa trecută, precum şi cea viitoare fac parte din realitatea psihică, la fel ca şi prezentul.

Se pune problema dacă „viitorul" şi „trecutul" sunt reale în raport cu „prezentul"; se pare că numai acesta este o realitate autentică. Dar prezentul este „durata" care

desparte „ceea ce a fost" (trecutul) de „ceea ce va fi" (viitorul). Existenţa psihică este temporală, însă se supune unei duble temporalităţi (P. Janet). Pe de o parte, „timpul exterior" persoanei sau „timpul psihic", care este perceput de aceasta în câmpul conştiinţei sale, ca durată, ca derulare sau ca desfăşurare internă a propriei fiinţe.

Aceste aspecte ale „perceperii" şi ale „trăirii" timpului se remarcă prin bioritmuri şi înregistrează importante şi variate transformări în sfera psihopatologiei. Se poate spune, în sensul acesta, că realitatea fiecărui om este concentrată în realitatea orizonturilor sale temporale.

4. *Întâlnirea*

Existenţa sufletească nu ne este dată drept ceva primar sub forma unei existenţe obiective. O cunoaştere elementară a psihicului necesită două surse:

a) interiorizarea propriei existenţe, în sensul de uimire că „Eu sunt";
b) experienţa celuilalt, a lui „Tu" din cadrul întâlnirii.

Întâlnirea mea cu tine permite înţelegerea realităţii psihice privite dinspre un „Tu" către un „Eu". Întâlnirea este un principiu de bază al realităţii psihice, aceasta fiind, în esenţa ei, o realitate a întâlnirii.

Caracteristica întâlnirii este „trăirea momentului actual", a prezentului. Ea este o confruntare deschisă şi directă cu existenţa celuilalt, a unui „Eu" cu un „Tu". În felul acesta, întâlnirea dă posibilitatea „plenitudinii" propriei persoane, sentimentul unei existenţe pe care o „întâlneşti". Întâlnirea va fi resimţită ca o participare la realitate, esenţialul ei constituindu-l simultaneitatea celor două persoane puse una în prezenţa alteia prin intermediul comunicării.

În cazul întâlnirii, eu descopăr lumea, atât din perspectiva mea (Eu), cât şi din perspectiva celuilalt (Tu), putând în felul acesta să mă privesc şi „cu alţi ochi". Psihicul devine astfel realitatea întâlnirii dintre un „Eu" şi un „Tu".

Existenţa umană, atât în stare normală, cât şi în stare patologică, este permanent marcată de riscul şi de aventura întâlnirilor. Domeniul fenomenelor psihice, precum şi sensul acestora sunt în mare măsură determinate de relaţia dintre mine (Eu) şi celălalt (Tu).

5. *Limbajul*

Limbajul, funcţie specifică persoanei umane, este o dimensiune a existenţei. Prin intermediul limbajului, două persoane sau „două Euri" realizează un contact inteligibil, o punte de comunicare sufletească. Limbajul este expresia Eului personal, prin intermediul căreia acesta „comunică" altuia propriul conţinut intrapsihic şi, concomitent, ia „cunoştinţă" de conţinutul sufletesc ideo-afectiv al interlocutorului său.

Limbajul serveşte relaţia dintre interioritatea sufletească a persoanei şi exteriorul lumii real-obiective a acesteia. În felul acesta, limbajul are un caracter implicit, prin realizarea unei punţi de legătură între Eul personal intrapsihic şi lumea exterioară a persoanei. El este funcţia psihică, instrumentală, care unifică dubla „existenţă" a persoanei – atât interioară, cât şi exterioară (G. Amado).

Orice dialog pune în evidenţă „dualitatea naturii persoanei", dar, concomitent, stabileşte şi un „acord de dualitate" între două persoane care dialoghează. În felul acesta, pentru G. Amado, „psihologia este un dialog pe trei voci: subiectul care apostrofează Eul constată dualitatea dintre Eu şi Mine". Prin aceasta, limbajul devine instrumentul prin care conştiinţa Eului este conştientă de sine însăşi. Rezultă de aici faptul că „spiritul uman este trăit ca un dialog între două persoane", realizându-se în felul acesta certitudinea „unităţii dialogice" care pune de acord, prin intermediul limbajului, două persoane (G. Amado).

Dialogul apropie prin acord. El stabileşte o punte de legătură, unind două persoane, dar fără a le unifica. Luarea la cunoştinţă, prin limbaj, a unei persoane de către cealaltă nu le dizolvă, ci le apropie, obiectivând fiecare subiectivitatea celuilalt. Prin obiectivare, limbajul revelează natura şi interioritatea persoanei.

Dificultăţile de limbaj sau pierderea limbajului izolează persoana şi generează o stare de angoasă. Acest tip de angoasă creează impresia unei bruşte dispariţii a propriului Eu, prin absenţa comunicării sau prin izolarea lingvistică. G. Amado vorbeşte, în acest caz, de o „eclipsă a psihismului" care generează sentimentul de „dezintegrare a Eului". În aceste condiţii, viaţa psihică normală este resimţită în mod penibil, dureros, ca pe negativul ei, ca pe un „non-Eu". Fiinţa îşi pierde sensul. Vidul psihic cauzat de necomunicare este invadat fie de angoasă, fie de o indiferenţă totală. În aceste situaţii, Eul personal se percepe exclusiv singur şi izolat, pierzându-şi sensul de „a fi". În aceste condiţii, limbajul ne apare, din punct de vedere psihoantropologic, ca o dimensiune a experienţei umane, ca un fapt ontologic.

Prin limbaj, care este în conexiune directă cu raţiunea, Eul ia cunoştinţă de sine însuşi, dar concomitent, tot prin limbaj, „intră" în realitatea lumii, a celorlalţi, realizând comunicarea cu un alt Eu sau cu alte Euri. În felul acesta, limbajul deschide calea către „intuiţia imediată a interiorităţii", unificând interioritatea sufletească subiectivă cu exterioritatea lumii obiective. Din această unificare a „dublului" naturii persoanei umane rezultă cunoaşterea.

Fundamentarea unei antropologii psihopatologice

Să încercăm în continuare ca, pe baza celor prezentate mai sus, să schiţăm cadrul unei antropologii psihopatologice.

Dacă psihiatria clinică este structurată, ca specialitate medicală, după modelul ştiinţelor biologice, psihopatologia este structurată după modelul ştiinţelor umaniste, înfăţişându-se ca o „antropologie a fenomenului psihic morbid".

Elementul la care se referă cel mai mult psihopatologia antropologică este „timpul trăit" de persoana umană, asupra căruia a insistat în mod deosebit E. Minkowski, preluând teze din filozofia duratei a lui H. Bergson.

Psihiatria clinică se interesează de cauzele bolii, pe când psihopatologia caută să descifreze semnificaţia fenomenului clinic morbid (V.E. von Gebsattel, J. de Ajuriaguerra, A. Weitzsäcker). Răspunsul la întrebările pe care le pune psihopatologia în legătură cu semnificaţia bolii psihice este dat de metoda fenomenologică (Ed. Husserl) şi de analiza existenţială (L. Binswanger). Acestea nu urmăresc descrierea tablourilor clinice ale bolii, ci caută să înţeleagă sensul persoanei bolnave psihic, natura acesteia.

Schimbarea naturii persoanei umane de la normal la patologic este condiţionată de timp, întrucât, aşa cum arătam mai sus, transformările psihopatologice apar ca „modificări în timp" ale persoanei, având prin aceasta o semnificaţie ontologică (E. Strauss, V.E. von Gebsattel, M. Scheler, E. Minkowski). „A fi normal psihic" sau, dimpotrivă, „a fi bolnav psihic" reprezintă o dimensiune fixată în interiorul umanului, o dispoziţie a naturii sale care se înscrie în „timpul trăit" de persoană.

Punctul de plecare al oricărei tulburări psihice se situează acolo unde omul devine el însuşi un eveniment interior sau integrat timpului ca desfăşurare. Numai din această contemplare a timpului trăit, considerat un centru al devenirii fiinţei umane, se poate trage concluzia asupra esenţei unei psihoze, în ale cărei simptome, oricât de variate ar fi, se manifestă întotdeauna aceeaşi transformare a evenimentelor desfăşurate în scurgerea timpului.

În interpretarea antropologică a bolilor psihice, V.E. von Gebsattel pleacă de la tezele lui M. Scheler. Din această perspectivă, boala psihică este înţeleasă ca o tulburare de fond a persoanei, vizând existenţa acesteia. În felul acesta, din punct de vedere antropologic, pentru V.E. von Gebsattel, „nevroza este întotdeauna o camuflare a unei crize existenţiale a omului". Astfel, persoana umană încetează a mai fi considerată un „obiect al cercetării empirice", devenind, în sfera psihopatologiei, o „fiinţă umană trăită individual", care, nefiind „obiectivabilă", se supune unei analize comprehensive de tip fenomenologic. În felul acesta, „cunoaşterea în psihopatologie" se va realiza în cadrul „contactului", al comunicării cu bolnavul, în cursul căreia înţelegerea acestuia decurge din impresia pe care o produc prezenţa „fenomenului psihic morbid" şi rezultatul reflectării acestuia asupra fenomenelor sufleteşti ale bolnavului.

Din această perspectivă, „nevroza" încetează a mai fi o simplă şi exclusivă boală psihică. Ea capătă semnificaţia ontologică a unei „crize existenţiale" sau, aşa cum o numeşte V.E. Gebsattel, a unei „nevroze existenţiale".

Acest punct de vedere lărgeşte considerabil perspectiva înţelegerii patologiei psihiatrice. Ceea ce contează, în acest caz, nu mai sunt „simptomele clinice" ale bolii, ci „sentimentele vitale" resimţite de persoana bolnavă. Aceste „sentimente vitale" sunt cheia înţelegerii „schimbărilor" care survin „în interiorul" persoanei umane a bolnavului psihic, ele constituind „motivele" şi „mobilurile" care o proiectează către forme de manifestare dintre cele mai variate : toxicomanie, perversiuni sexuale, crize anxioase, stări obsesive, fobii, impulsiuni suicidare, cleptomanie, mitomanie, depresii, sentimente de culpabilitate etc.

În spatele acestor „manifestări morbide" trebuie să descifrăm, să recunoaştem „criza existenţială" a individului respectiv, veritabil „impas nevrotic" al persoanei bolnave.

Dincolo de aspectele pur medicale, clinico-psihiatrice, ne aflăm în faţa unei dezvoltări eşuate de factură patologică, a unei personalităţi care transformă ceea ce îi este personal şi autentic în aspecte impersonale şi alienate, cu implicaţii directe şi imediate asupra libertăţii, acţiunii, conduitelor, vieţii afective şi relaţiilor sale interpersonale.

Pentru L. Binswanger, bolile mintale sunt modificări ale structurii fundamentale a fiinţei umane în corelaţie cu structurile existenţiale ale lumii, respectiv spaţiul şi timpul.

H. Tellenbach a completat aceste aspecte, aducând o importantă contribuţie prin introducerea noţiunii de „atmosferă ambientală". Acesta consideră că fiecărei persoane îi este specifică o anumită „atmosferă", resimţită de ceilalţi prin timbrul vocii, intonaţia vorbirii, sclipirea ochilor, miros, mişcări. Atmosfericul ni se prezintă ca o emanaţie care

radiază din individ şi se recunoaşte în personalitatea acestuia (H. Tellenbach). Atmosfericul este şi cel care generează sentimente de simpatie sau de antipatie, intuiţie ori prejudecată, atracţie sau respingere, în cazul întâlnirii a două persoane. Ambianţa comună apare ca un tip de rezonanţă a raporturilor interumane, simultan din ambele direcţii, de la o persoană la alta.

În cazurile patologice, ambianţa atmosferică este modificată. Cele două persoane înregistrează „tipuri" diferite de impresii. Psihiatrul trebuie să sesizeze acest dezacord, să-l intuiască asemenea unui „sentiment" al prezenţei resimţite faţă de celălalt, care este diferit, chiar în absenţa comunicării verbale. Surprinderea acestei „diferenţe", a acestei „schimbări" a atmosferei, este esenţială şi precedă orice înţelegere a tulburărilor psihice, ca un prim contact interuman.

De multe ori, psihiatrul nu poate pune un diagnostic în absenţa unor manifestări clinico-simptomatice clare, dar poate „simţi" persoana bolnavului şi natura suferinţei acestuia prin surprinderea ambianţei atmosferice pe care o degajă pacientul său.

Această descoperire a atmosfericului este calea de acces către interioritatea bolnavului, pe care psihiatrul o „simte" ca pe o modificare psihopatologică a persoanei acestuia. Ea reprezintă „intuiţia" sau „sentimentul anormalului" degajat de persoana bolnavă psihic, surprins de psihiatrul experimentat cu ajutorul „simţului clinic" care este rezonanţa interioară, în sfera subiectivităţii medicului psihiatru, a subiectivităţii alterate a bolnavului.

Raportul trup/suflet în psihopatologie

Problemele discutate mai sus pun în evidenţă faptul că persoana este sinteza realizată de trup (*soma*) şi suflet (*psyché*), elemente componente care sunt inseparabile. Acest aspect se înscrie în dimensiunile unei antropologii psihopatologice, obligându-ne să insistăm asupra lor.

Lumea personală a unui individ este reprezentată prin „experienţele şi datele incarnate" ale acestuia. În interiorul specialităţii fizice, concrete, reprezentate de „trupul carnal" al individului, se înscrie viaţa psihică a acestuia. Relaţia dintre „corpul fizico-somatic" şi „corpul psihic" este reprezentată prin „Eul psihofizic" individual, ce are un caracter de sinteză (D. Franck). El este cel care conferă identitatea şi coeziunea internă a persoanei umane. Prin aceasta, Eul este instanţa care realizează conjugarea sau uniunea dintre „somatic" şi „psihic".

Experienţele individuale ne apar ca manifestări ale unui „Eu psihic incarnat şi incorporat" (D. Franck). Nu este posibilă nici o experienţă fără corp, fapt care ne obligă să admitem că somaticul obiectivează sfera sufletească a persoanei. Acest aspect este de altfel confirmat în cazul *tipurilor constituţionale*, expresie a relaţiei dintre trup şi suflet.

Orice individ este, aşa cum spuneam mai sus, o „prezenţă". Ca prezenţă, orice persoană este în primul rând un *trup*, iar în planul comunicării, ea apare ca *o fiinţă sufletească*. În sensul acesta, orice prezenţă umană este, din punct de vedere fenomenologic, „experienţa unei conştiinţe originare" care ni se înfăţişează în ipostaza ei trupească (D. Franck). Ori de câte ori fac cunoştinţă cu prezenţa altuia, pentru mine aceasta este un „Eu în carne şi oase" care se prezintă dinaintea mea (M. de Unamuno).

Orice individ este o *persoană incarnată*. O persoană este concomitent *spaţiu*, în sensul de corp perceptibil, ca prezenţă fizică, şi *timp*, ca durată a existenţei sale corporale. Orice prezenţă a unei persoane este o suită de „continuităţi" pe care perceperea noastră le înregistrează ca momente ale unor prezenţe succesive trupeşti. Durata existenţei unei persoane se constituie din continuitatea prezenţelor corporale ale acesteia, înscrise în câmpul conştiinţei sale, precum şi în câmpul celorlalţi.

Prezenţa individului percepută exterior se raportează în primul rând la aspectul fizic-carnal al acestuia. Existenţa va fi reprezentată în planul conştiinţei ca o „corporalitate" aflată în continuă schimbare. Prezenţa corporală a individului se modifică în timp, atrăgând după sine şi schimbarea impresiei actuale pe care o produce persoana respectivă. Acesta este efectul temporalităţii asupra individului, în primul rând ca trup, iar în al doilea rând ca relaţie sufletească.

Orice individ se recunoaşte şi se percepe pe sine, în primul rând, ca pe un Eu corporal. Acesta este un „subiect empiric specific, cu un corp de o formă particulară", afirmă K. Jaspers. Corpul meu mă face să mă simt *distinct* de ceilalţi, în stare de normalitate, sau *schimbat* în raport cu ceilalţi, în condiţii anormale şi neobişnuite (sexualitate, vârstă, boală).

După K. Jaspers, eu încetez a mă mai recunoaşte ca fiind eu însumi în următoarele condiţii, care modifică natura propriei persoane în raport cu corpul:

a) în cazul unor alterări ale corpului;
b) în cazul unor modificări ale stării de conştiinţă;
c) în cazurile de tulburare a stării de orientare sau în amnezii;
d) când devine imposibilă capacitatea mea de comunicare cu ceilalţi;
e) în cursul stărilor delirante şi halucinatorii;
f) în stările de intoxicaţie acută cu droguri halucinogene psihodisleptice;
g) în stările de hipnoză, cataleptice etc.

Raportul „trup/suflet" este un act de reprezentare în câmpul conştiinţei mele a Eului meu personal. Eu mă simt, mă reprezint, mă recunosc ca individ prin intermediul propriului corp. La corp raportez şi persoana, şi viaţa mea sufletească. În acest sens, K. Jaspers afirmă că „sufletul nu poate fi obiectivat prin categoriile materiale", fiind resimţit ca o „energie interiorizată a trupului".

Corpul unui individ este „spaţialitatea" persoanei acestuia, ceea ce e „vizibil" în exterior din acesta. Sufletul este interioritate pură, imaterială. Cele două părţi, trupul şi sufletul, sunt însă inseparabile, această „separaţie" operându-se numai în planul conştiinţei propriului Eu.

Plotin afirmă că „sufletul raţionalizează trupul după imaginea sa". După E. Mounier, „omul este în fiecare moment suflet şi trup, conştiinţă şi gest, act şi expresie". D. Stăniloaie susţine că „sufletul este somatomorf". I. Gobry consideră trupul ca fiind instrumentul spiritului în acţiune, când muşchii execută ordinele voinţei. În felul acesta, în sfera psihologiei, dar şi a psihopatologiei, trupul poate fi considerat un instrument de expresie sufletească a persoanei umane.

Deşi determinat prin trupul biologic ca prezenţă obiectivă, limitele persoanei mele depăşesc limitele anatomice ale propriului corp, acoperind întregul meu câmp perceptiv, dincolo de „trupul anatomic". Se poate chiar vorbi despre un „Eu transcorporal" care este rezultatul unui act de proiecţie transcendentă. În acest caz, raporturile persoanei

mele au ca reper realitatea externă pe care vor să o depăşească. Corpul devine în acest caz un auto-spaţiu care se poate „dilata" dincolo de câmpul perceptiv printr-un mecanism de proiecţie. Prin aceasta, îşi depăşeşte atributele anatomice, devenind un spaţiu al experienţelor sufleteşti. Această manifestare apare în mod deosebit de pregnant în situaţiile descrise şi analizate de psihopatologie (alcoolism, intoxicaţii cu droguri psihotrope, psihodisleptice, halucinaţii, delir, stări ipohondriace, aure epileptice, vis, hipnoză, stările crepusculare isterice, stările de extaz, derealizare, anorexie mintală etc.).

J.-P. Sartre afirmă că, de regulă, în condiţiile de normalitate, „corpul este trăit în tăcere". H. Tellenbach face aceeaşi afirmaţie, şi anume că trupul reprezintă o zonă mută în raporturile sale cu sinele, această „tăcere" a corpului fiind tulburată numai de senzaţiile de foame, sete, somn, oboseală, durere, infirmităţi etc. Toate acestea reprezintă „obiectivări ale trupului" prin care acesta îşi manifestă tendinţele exterioare.

Un aspect important îl reprezintă *durerea*, care apare la frontiera dintre Eu şi trup (G. Marcel). Durerea, în cazul bolilor somatice, ne relevă raportul trup/suflet, sentimentul conştient de „a avea un corp". Ea este expresia unui conflict dintre trup şi suflet, a unui dezacord. Se produce un clivaj, o „dedublare" a persoanei între *trup* şi *suflet*, resimţită în sfera propriului Eu (A. Tatosian). Aceste aspecte capătă conotaţii specifice în sfera psihopatologiei.

În cazul ipohondriei, Eul îşi reflectă propriul corp printr-o „poziţionare excentrică" a acestuia. Pentru persoana ipohondră, preocuparea principală este reprezentată de „grija" de a nu-şi pierde posesiunea propriului corp. Este o stare de tensiune permanentă, de factură narcisică şi angoasantă, trăită de individ : „Îmi este rău", „Sunt bolnav", „Voi muri".

Trebuie făcută diferenţa dintre *corpul-obiect* şi *corpul-subiect*. Ambele sunt părţi ale „corporalităţii trăite" de individ. În sensul acesta, Wuff vorbeşte despre dualitatea dintre *corpul extern* şi *corpul intern*, iar A. Zutt, despre *corpul în aparenţă* şi *corpul purtător*, acesta din urmă fiind suportul vieţii umane. Trupul este în mod permanent situat într-o relaţie de continuitate cu lumea, pe când corpul (*soma*) este limitat la suportul biologic şi fiziologic al acestuia.

Important este însă rolul pe care trupul îl joacă în patologia psihiatrică, ca sediu „resimţit de bolnav" al simptomatologiei unor boli psihice : isteria, ipohondria, halucinaţii, suicid, nevroze, automutilări, cenestopatii, alcoolism, toxicomanii etc.

În cazul acesta, lucrurile se diferenţiază din nou. *Corpul extern* este în raport cu prezentificarea persoanei ca acţiune a lui „a fi în lume" în cadrul comunicării. *Corpul intern* este sediul instinctelor şi al afectivităţii pe care le trăieşte ca pe o experienţă corporal-sufletească, nu ca pe una de natură fiziologică.

Trupul, în calitatea sa de „corporalitate trăită", va depăşi cadrele „obiectului însufleţit" şi va deveni sediul tuturor experienţelor mele sufleteşti interioare, dar şi locul de referinţă al Eului în raporturile acestuia cu lumea. Eul se afirmă prin trup, dar, tot prin trup, „intră" şi „există" în lume ca prezenţă activă.

În cazul bolilor psihice, Eul îşi resimte şi raportează propriile „schimbări" morbide *în* şi *prin* trup. Sentimentul subiectiv al schimbărilor, care este interpretat ca „venind din exterior" sau ca „venind din interior", are tot o adresă sau o determinare corporală ca spaţialitate a persoanei. Suferinţa psihică este interioară, prin urmare, raportată proiectiv la *corpul intern*, aşa cum apare el în sfera conştiinţei de sine a propriului Eu.

Fenomenele psihice morbide, deşi sunt tulburări psihice, sunt „trăite" prin intermediul trupului, iar suferinţa şi drama acestuia sunt cantonate în sfera corporalităţii bolnavului. Chiar şi în cazul derealizării sau al influenţelor xenopatice, al stărilor delirant-halucinatorii, deşi acestea au, aparent, o „origine exterioară", ele sunt tot în raport cu corporalitatea trăită a bolnavului. Din acest motiv, asistăm, în sfera psihopatologiei, la o „dilatare corporală" necunoscută stării de normalitate psihologică.

Problema existenţei trupului este pusă în discuţie numai în condiţii psihopatologice, atunci când se produce „clivajul trup/suflet", fapt care ne permite să tragem concluzia că starea de normalitate reprezintă un echilibru de complementaritate între trup şi suflet, pe când, în cazul psihopatologiei, fenomenul psihic morbid operează o separare a acestei conexiuni, care poate merge până la situaţia dramatică a unui conflict între trupul şi sufletul bolnavului.

4. Sănătatea, suferinţa, boala

Aspectele antropoculturale ale sănătăţii şi bolii

Sănătatea şi boala au un caracter mult mai larg decât cel strict circumscris la dimensiunea lor medico-psihobiologică. Ca orice fapt uman, ele au în primul rând o semnificaţie *antropoculturală*. Orice schimbare care priveşte *persoana umană*, ca *trup* sau ca *suflet*, este percepută şi trăită de aceasta, dincolo de alteralitatea existentă, ca o experienţă sufletească şi morală. *Alteralitatea* este percepută nu numai ca o „schimbare", ci şi ca o „înlocuire" prin care *sănătatea* sau „starea de bine" este înlocuită cu *boala* sau cu „starea de rău" ce se instalează în locul acesteia ori în interiorul ei.

În plan cultural şi moral, *boala* este considerată un *fenomen de posesiune*. În *trupul* şi în *sufletul* bolnavului se substituie sau se suprapune ceva străin, necunoscut şi nedorit. Un „spirit" devorant şi distructiv (T.K. Osterreich, M. Sendrail). În felul acesta, între istoria medicală şi cea culturală a „răului" se stabileşte o relaţie directă, permanentă.

M. Sendrail afirmă că între „istoria bolilor" şi „istoria civilizaţiilor" există o relaţie directă. Fiecare civilizaţie îşi creează o patologie proprie, în funcţie de moravuri, legi, modele de gândire, valori morale şi religioase (interdicţii, norme, cutume etc.). În mod egal, şi *bolile* concură la definirea unei *culturi*. Fiecare secol sau epocă istorică are „stilul său patologic", precum şi „stilurile sale culturale" (M. Sendrail). O incursiune succintă în istorie revelează aceste aspecte.

Cercetările de arheologie medicală şi antropologică au dus la concluzia că în Paleolitic erau foarte frecvente osteoartrozele cronice. Epoca hipocratică, ce inaugurează un model de gândire raţional-ştiinţifică a bolilor, subliniază caracterul procesual al evoluţiei clinice şi, în mod special, dinamica periodică a bolilor (febrele, epilepsia, bolile psihice etc.). Evului Mediu îi sunt specifice pandemiile (pesta), dar şi psihozele colective cu temă mistică, determinate de un mod de gândire închis, de o „gândire dublă" cu caracter antagonist, contradictoriu, care opunea credinţa creştină ereziilor legate de influenţa spiritelor malefice ale demonilor (ideea de posesiune demonică) asupra oamenilor. Pentru Renaştere este specifică o boală nouă, venită în Europa din America : sifilisul. În secolele al XVII-lea şi al XVIII-lea apar bolile de pletoră (apoplexia, obezitatea, guta). Epoca Romantică este legată de proliferarea ftiziei, „febra somatică", dar şi de începutul utilizării drogurilor stupefiante (eteromania, opiomania, haşişul) ca expresie a evadării omului în „universurile imaginare". Secolul XX schimbă complet modul de viaţă, felul de a gândi şi de a acţiona al omului, dar, odată cu acestea,

şi formele de manifestare a sănătăţii şi bolii. Apar noi forme de suferinţă, în majoritatea lor legate de „stilul de viaţă" al omului modern – neliniştit, suprasolicitat, aflat într-o permanentă „nelinişte a căutării" –, de un „efort de adaptare" la o lume în continuă schimbare. În sfera patologiei îşi face intrarea un concept medical nou : „sindromul general de adaptare", care se va impune în clinică prin „bolile de stres". Asistăm la o proliferare necunoscută încă în istorie a bolilor psihice (nevroze, depresii, psihoze, diverse manifestări suicidare etc.). O nouă clasă clinică îşi câştigă locul în seria „speciilor medicale" : bolile psihosomatice. La acestea se adaugă bolile cardiovasculare, cancerul, SIDA, dar şi boli specifice civilizaţiei tehnologice : bolile de muncă, accidentele, bolile traumatice, bolile de radiaţie radioactivă etc.

Cum trebuie înţeleasă şi interpretată această evoluţie istorică, medico-culturală şi morală a variaţiilor stării de sănătate şi a mobilităţii bolilor în societatea umană ?

Omul este o fiinţă funciarmente neliniştită. El îşi caută permanent „liniştea" şi „starea de echilibru". Este o fiinţă oscilantă şi nemulţumită care tinde către împlinire. El aspiră permanent la starea de echilibru şi perfecţiune. Este o aspiraţie în care sunt concentrate atât idealurile moral-spirituale, cât şi cele logice şi sufleteşti. Aceasta a dus la dihotomia „bine/rău". *Binele* este condiţia *stării de sănătate*, de echilibru fizic, sufletesc şi moral. *Răul* este ruperea unităţii şi tulburarea stării de echilibru fizic, sufletesc şi moral al omului. Răul este atât *boala*, cât şi *păcatul*.

Corelată cu istoria culturală a *sănătăţii* şi a *bolii* este istoria culturală, atât morală, medicală, cât şi psihologică, a *terapeuticii*. Ele fiind inseparabile, vom prezenta în continuare cele mai importante momente ale etapelor istorice de evoluţie a ideilor şi practicilor terapeutice.

Epoca paleoistorică, dominată de gândirea şi practicile magice, a produs, în planul terapeuticii generale, o formă de terapie specifică, reprezentată prin şamanism, perpetuată, în unele culturi izolate, până în zilele noastre.

Practicile terapeutice ale epocii clasice a Antichităţii le întâlnim expuse de Homer în *Iliada*. Motivul cu care se deschide epopeea este „nebunia lui Ahile". Impetuosul, instabilul, imprevizibilul erou oscilează sufleteşte între „crize de manie coleroasă", când se înfruntă cu Agamemnon, şi „melancolie", când moare în luptă Patrocle. „Nebunia lui Ahile" va fi tratată, ne spune Homer, cu cântece, muzică, mângâieri şi cuvintele de consolare ale femeilor. Este prima formă de psihoterapie.

Cel mai important moment, care inaugurează o nouă orientare ca atitudine morală în terapeutică, este reprezentat de Socrate. Pentru acesta, aşa cum trupul are nevoie de tratament (*somatos therapia*), în mod egal şi sufletul trebuie tratat (*psyché therapia*). Socrate este primul care utilizează termenul „psihoterapie", având semnificaţia de „îngrijire a sufletului". Sensul pe care acesta i-l dă este în primul rând de ordin moral. Dar în dialogul său cu Charmides sau cu Gorgias, Socrate vorbeşte despre necesitatea şi modul de a „trata sufletul" şi „bolile" acestuia. El ne spune că a învăţat acest meşteşug de la un trac, Zalmoxes, care a fost sclavul şi discipolul lui Pitagora şi care recomanda ca sufletul să fie tratat cu vorbe blânde, frumoase, cu mângâieri consolatoare, cu cântec şi muzică.

Ideile lui Socrate în planul psihoterapiei sunt preluate de către stoici. Ele ne sunt expuse de Seneca în tratatele sale filozofice (*De ira*, *De tranquillitate animi*, *De constantia sapientiorum* etc.). Ideile stoicilor sunt preluate şi de tradiţia creştină, regăsindu-le mai

târziu ca „tehnici" de rugăciune, de linişte sufletească şi de comuniune cu divinitatea în practica isihastă (Sf. Maxim Mărturisitorul, Sf. Grigore Palamas).

Epoca modernă este inaugurată de N. Malebranche şi R. Descartes. Primul ne propune o „psihoterapie a moravurilor" prin „mortificarea simţurilor" cu ajutorul raţiunii. R. Descartes va face recomandări, în această privinţă, în scrierea sa *Reguli pentru îndreptarea spiritului*.

Mai aproape de noi, secolul al XIX-lea, dominat de filozofi şi moralişti, aduce în discuţie „conceptul de angoasă" (S. Kierkegaard) şi raporturile sale cu echilibrul interior al fiinţei şi cu sensul vieţii acesteia, care vor da naştere unui important curent filozofic, cu puternice influenţe în psihoterapie: existenţialismul (M. Heidegger, J.-P. Sartre, K. Jaspers, L. Binswanger). Tot în această epocă, F. Nietzsche recomandă o „dietetică a spiritului" prin eliberarea omului de constrângerile morale şi afirmarea sa prin „voinţa de putere". Este o concluzie care încheie ideile anterioare ale lui A. Schopenhauer.

Epoca medicală a terapiei bolilor psihice este marcată de trei momente principale. Primul care deschide această serie este Ph. Pinel, „medicul-filozof" care introduce „terapia morală" în azilele de alienaţi. Al doilea moment este reprezentat de F. Mesmer, care, recomandând şi utilizând „magnetismul animal" în practica terapeutică, inaugurează psihoterapia bazată pe sugestie. Ultima mare personalitate care va exercita o influenţă covârşitoare în epocă este J.M. Charcot, cu studiile şi demonstraţiile sale clinice asupra isteriei. De la ultimii doi, S. Freud îşi va trage, în mare măsură, substanţa *doctrinei psihanalitice*.

Cel care introduce şi statuează definitiv psihoterapia în practica medicală, ca tratament particular, specific bolilor psihice, este S. Freud. *Cuvântul* devine „instrument terapeutic". Libera asociaţie, interpretarea „mesajelor narative" ale pacientului, prelucrarea acestora vor constitui noua formă de psihoterapie analitică, din care, teoretic, derivă toate celelalte.

Putem afirma, în acest moment, că *istoria sănătăţii*, ca şi *istoria bolii*, este paralelă cu istoria evoluţiei umanităţii şi a civilizaţiei. Între *boală* şi *terapie* există o relaţie directă, iar ele nu pot fi separate din contextul aceleiaşi „mentalităţi" sociale, al „concepţiilor despre lume" (*Weltanshauungen*), constituind, poate, elementele cele mai interesante, mai pline de semnificaţie şi mai importante ale acestuia.

Conceptul de normalitate

Pentru a înţelege şi a defini „patologicul", anormalul, trebuie să facem referire la sfera „normalităţii", întrucât *boala mintală* nu poate fi înţeleasă şi explicată decât în raport de comparaţie cu *sănătatea mintală*[1].

Pentru psihopatologie, problema normalităţii este deosebit de importantă, întrucât reprezintă criteriul de evaluare a tulburărilor clinice, considerate ca „abatere de la normalitate" (D. Canguilhelm, F. Duyckaerts, G. Deshais).

M. Sabshin distinge o anumită paletă de varietăţi în sfera normalului, după cum urmează:

1. C. Enăchescu, *Tratat de igienă mintală*, Editura Polirom, Iaşi, 2004.

a) normalitatea ca sănătate ;
b) normalitatea ca utopie ;
c) normalitatea ca medie ;
d) normalitatea ca proces.

Noţiunile de *normal* şi *anormal* pot fi considerate noţiuni opuse, la fel ca *binele* şi *răul*, având la bază o dialectică a contrariilor. Noţiunea de normal este însă echivocă. Ea poate fi considerată şi din punct de vedere statistic, prin reprezentarea grafică a distribuţiei sub forma „curbei lui Gauss". Normalitatea ideală variază în raport cu normele valorice ale modelului sociocultural.

Conceptul de normalitate, desemnând starea de echilibru, implică adaptarea atât pe plan intern, intrapsihic, cât şi în planul lumii externe a individului, având prin aceasta o semnificaţie antropologică lărgită. Considerată din punct de vedere psihologic, normalitatea este definită de I. Kant în felul următor: „Inteligenţa este şi rămâne normală, în viaţa practică, în măsura în care îşi manifestă şi îşi păstrează caracterul empiric. Ea trebuie să fie şi să rămână conformă cu experienţa. Spiritul omenesc este, prin urmare, sănătos atunci când simte, judecă şi hotărăşte potrivit cu experienţa şi bolnav atunci când se îndepărtează sau chiar se înstrăinează de ea". Această definiţie formulată de I. Kant este cea care corespunde concepţiei despre normalitate şi boală psihică în sfera psihopatologiei.

Limitele de variaţie ale „normalului" permit să distingem câteva aspecte nepatologice care nu pot fi considerate anomalii. Acestea sunt conceptele de „diferit" şi „divers".

Intervine, în acest caz, un nou cadru lărgit al „acceptabilului", în care sunt incluse următoarele aspecte :

a) *normalul*, ca indicator standard al unor valori culturale ;
b) *diferitul*, ca o altă formă posibilă a normalităţii ;
c) *diversul*, ca o variantă de tip formal a normalităţii.

În esenţa lor, cele trei concepte de mai sus exprimă de fapt ipostaze diferite ale unor „variaţii acceptabile" în sfera normalităţii.

Un alt aspect ce intră în discuţie este reprezentat de raportul dintre *normalitate* şi *adaptare*. Se consideră că adaptarea este simplul proces de acceptare oferit individului de mediul exterior sau de societate.

După R. Mucchinelli, adaptarea este o investire de energie orientată pentru ca individul să se integreze şi să poată rezista în faţa presiunii exercitate asupra lui de psihotraumatismele sociale, dublată de capacitatea acestuia de a rezista la tensiunile impuse de legăturile sociale. În felul acesta, autorul menţionat consideră că procesul de socializare reprezintă achiziţia aptitudinii de a putea efectua eforturile de adaptare socială continuă, pentru a-şi însuşi şi menţine rolurile sociale dobândite.

Cu toate acestea, s-a constatat faptul că pentru un individ normal este imposibil să se poată adapta la toate grupele sociale. Din acest motiv, E. Trillat preferă să utilizeze drept criteriu al normalităţii „adaptabilitatea", afirmând că „individul normal nu este niciodată complet adaptat şi că, în schimb, psihopatul este o persoană inadaptabilă".

Atât *normalitatea*, cât şi *anormalitatea* depind de variaţiile mediului exterior în ceea ce priveşte capacităţile de adaptare ale individului, fapt care va declanşa suferinţa.

Un alt aspect de care sunt legate atât normalitatea, cât şi anormalitatea este dimensiunea istorică, psihobiografică a individului, a factorilor de viaţă care pot interveni fie în sens „protector", fie având semnificaţie de „risc morbigenetic".

Datele de antropologie culturală au pus în evidență faptul că manifestările psihocomportamentale considerate ca fiind patologice în cadrul unei arii socioculturale pot fi acceptate ca normale în alta. În felul acesta, „boala devine ea însăşi o normă de viaţă, dar o normă de tip inferior, în sensul că nu permite nici un fel de abatere în afara cadrului ei strict limitat" (J. de Ajuriaguerra). G. Canguilhem consideră, în sensul acesta, că bolnavul şi-a pierdut capacitatea unei adaptări flexibile la condiţiile oferite de mediu, în raport cu indivizii normali care dispun în mod liber de această aptitudine.

Boala este o nouă formă de viaţă, caracterizată prin manifestări fiziologice şi psihologice noi, diferite. A fi sănătos nu echivalează cu a fi normal într-o situaţie dată, ci cu a fi normativ în această situaţie, precum şi în alte situaţii diferite ca posibilităţi oferite individului. În felul acesta, „boala se înfăţişează ca o conduită a omului care a suferit o dezorganizare a funcţiilor sale" (J. de Ajuriaguerra).

Acest mod de a înţelege *sănătatea* şi *boala* ne aminteşte de teza lui C. Bernard, pentru care sănătatea şi boala nu sunt decât două moduri esenţialmente diferite. Ele nu trebuie considerate ca principii distincte, entităţi care-şi dispută între ele organismul viu. În realitate, între aceste două moduri de a fi nu există decât diferenţe de grad : exagerarea, disproporţia, dizarmonia fenomenelor normale constituie starea de boală. Dacă privim problema normalităţii şi a anormalităţii dintr-o perspectivă antropologică, sănătatea va avea un caracter relativ, iar tipul de „om normal" devine, în cazul acesta, o abstracţie ideală.

Aspectele dezorganizării în psihopatologie

Am stabilit că „normalitatea" este condiţia naturală a stării de echilibru psihic, dar, în acelaşi timp, ea reprezintă şi criteriul de evaluare a abaterii de la normă. În cazurile oferite de psihiatria clinică, dincolo de aspectul „tablourilor clinico-nosologice", J. de Ajuriaguerra vede, din punct de vedere psihopatologic, un proces de dezorganizare a normalităţii psihice. În cadrul acestei dezorganizări se disting mai multe forme specifice.

Dezorganizarea în psihopatologie trebuie considerată din punct de vedere dinamic, ca un proces extrem de complex. Ea trebuie înţeleasă ca reprezentând noi modele funcţionale adaptate condiţiilor patogenetice care au produs dezorganizarea. Aceste „modele patologice" provin din structurile normale ale persoanei şi depind de tipul de personalitate, de capacităţile de „a se opune" acţiunii factorilor morbigenetici, de nivelul de dezvoltare-maturizare a personalităţii, de dispoziţiile ereditare ale acesteia etc.

Formele de *organizare*, precum şi cele de *dezorganizare* a personalităţii au o „dinamică constitutivă" extrem de precisă, urmând regulile stabilite de H. Jackson referitoare la organizarea sistemului personalităţii. Acesta stabileşte că funcţiile psihice, considerate ca instanţe structurale ale personalităţii sau ca „niveluri de organizare", se dezvoltă progresiv de „jos în sus", de la simple, stabile şi bine organizate către complexe, instabile şi mai puţin organizate. Aceasta este dinamica procesului de *organizare.*

Invers, în raport cu dinamica procesului de organizare, procesul de *dezorganizare* a sistemului personalităţii se va produce de „sus în jos", de la complex către simplu, reluând în sens invers dinamica dezvoltării. Este vorba de fapt despre un proces de *disoluţie funcţională*, reprezentând înseşi formele patologice.

Boala, fiind rezultatul unui proces de *disoluţie funcţională*, trebuie privită sub două aspecte diferite :

a) *aspectul negativ*, reprezentat de nivelul de atingere a sistemului personalităţii ;
b) *aspectul pozitiv* sau cel al simptomelor, reprezentat de nivelul de eliberare a inhibiţiei pe care procesul morbid o exercită asupra stării de normalitate funcţională sau de integritate anatomofiziologică a sistemului personalităţii umane.

J. de Ajuriaguerra stabileşte existenţa a trei grupe principale de dezorganizări psihopatologice ale sistemului personalităţii : *lezionale*, *de imaturitate* şi *funcţionale*. Să le analizăm în continuare pe fiecare.

1. *Dezorganizarea lezională*

Aceasta recunoaşte drept cauză o leziune organică a creierului. Dezorganizarea, în acest caz, poate fi produsă de o leziune cerebrală globală care antrenează de regulă tulburări grave ale stării de conştiinţă vigile de diferite grade de profunzime, putând merge până la starea de comă. În cazul existenţei unor leziuni localizate, vorbim despre „dezorganizări în sector", situaţie în care numai anumite procese psihice sunt afectate (percepţii, memorie, limbaj, praxii, instincte etc.).

2. *Imaturitatea*

Imaturitatea este un tip de deficienţă care se produce prin oprirea în dezvoltare a sistemului nervos central la copil (prenatal, perinatal sau postnatal). Este o imaturizare anatomică având consecinţe grave asupra formării şi maturizării funcţiilor psihice şi ale personalităţii globale a individului. În sensul acesta, se notează două forme de imaturitate :

a) *imaturitatea EEG*, caracterizată prin persistenţa unui traseu bioelectric instabil în raport cu norma medie. În sensul acesta, se descriu două submodele de imaturitate EEG :
   - modelul lui D. Hill, reprezentat prin ritmul thetha dominant postcentral, ritmul alpha variant şi focare de unde lente temporale posterioare ;
   - modelul lui C. Lairy-Bounes, reprezentat prin următoarele aspecte EEG : un traseu lent global în raport cu vârsta subiectului, traseu prezentând o sensibilitate particulară la activarea prin hiperpnee, traseu cu unde lente predominant occipitale ;
b) *imaturitatea emoţională*, considerată o imaturitate a inhibiţiilor reacţiilor emoţionale, cu caracter de manifestare explozivă ;
c) *imaturitatea psihomotoare*, considerată o stare de „debilitate motorie" ;
d) *imaturitatea afectivă* sau starea de „arieraţie afectivă", constând din aspecte psihopatologice diferite, de tipul dependenţă-independenţă, securitate-insecuritate, sugestibilitate, posibilitatea sau imposibilitatea de a-şi inhiba reacţiile emoţionale, posibilitatea sau imposibilitatea de a efectua judecăţi intelectuale şi nonafective, posibilitatea sau imposibilitatea de a avea autonomie în acţiunile personale.

3. *Dezorganizarea funcţională*

În general, se consideră criteriul de „funcţional" ca fiind opus celui de „lezional", în acelaşi mod în care „psihogeneza" se opune „organogenezei". În cazul dezorganizării

funcţionale nu există nici un fel de modificare lezională decelabilă a creierului bolnavilor respectivi. Tulburările sunt pur funcţionale.

Dezorganizările funcţionale pot fi cauzate de unele carenţe emoţional-afective, de frustrări sau psihotraumatisme din copilărie. Dacă ele se instalează târziu, se pot manifesta sub forma tulburărilor de comportament, a tulburărilor nevrotice sau psihotice, a crizelor isterice etc.

De regulă, se consideră că în cazul acestui tip de dezorganizări are loc un proces de regresiune a personalităţii individului. În sensul acesta, S. Freud distinge trei tipuri de regresiune, după cum urmează:

a) regresiunea topică;
b) regresiunea temporală, ca proces de întoarcere către structurile psihice ancestrale;
c) regresiunea formală, care antrenează metode primitive de expresie şi de reprezentare, inferioare în raport cu nivelul de dezvoltare.

Semnificaţia şi natura bolii

Conceptul de *boală* este rezultatul „localizării" suferinţei în spaţiul corporal al persoanei umane. Corpul este atât spaţiul fiziologic al proceselor normale, cât şi spaţiul proceselor patologice, al bolilor.

Imaginile suferinţei au fost distribuite de medicină în spaţiul corporal, asupra căruia se fixează „observaţia" (privirea medicului) şi „anamneza" (ascultarea bolnavului) în cadrul relaţiei medic-bolnav. Rezultatul acestei întâlniri este „discursul clinic", care cuprinde atât bolnavul, cât şi relatarea subiectivă a suferinţei sale. Acest „discurs clinic" reprezintă „spaţializarea şi verbalizarea fundamentală a patologicului" (M. Foucault). Discursul medical obiectivează, din punct de vedere patologic, corpul uman considerat ca reprezentând „spaţiul de origine şi de repartiţie a bolii" în care sunt reunite anatomicul şi fiziologicul.

Gândirea medicală, rezultând din combinarea „fiziologiei" (normalităţii) cu „fiziopatologia" (anormalitatea), operează o „suprapunere exactă a corpului bolii şi a corpului omului bolnav" (M. Foucault). În felul acesta, spaţiul configuraţiei bolii şi spaţiul localizării suferinţei devin superpozabile prin intermediul gândirii medicale. În această spaţializare a bolii se disting trei grade:

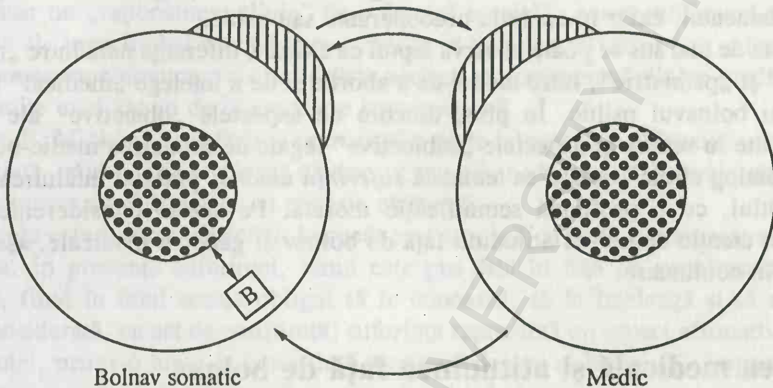
a) *spaţializarea primară*, care se referă strict la individ, la bolnav şi la problemele acestuia;
b) *spaţializarea secundară*, care depăşeşte persoana bolnavului, implicând colectivitatea, structurile medicale colective şi experienţa spitalicească;
c) *spaţializarea terţiară*, ansamblul de gesturi prin care este „privită" boala în cadrul social (atitudinea medico-socială).

Având în vedere cele precizate mai sus, să analizăm în continuare aspectele particulare privind semnificaţia bolii în raport cu natura acesteia: *somatică* sau *psihică*.

În cazul *bolilor somatice*, bolnavul este cooperant cu medicul său. El are o atitudine critică faţă de propria suferinţă, solicitând medicului sprijin terapeutic pentru rezolvarea acesteia.

În cazul *bolilor mintale*, bolnavul se identifică, de regulă, cu însăşi boala sa, în diferite grade de atingere şi intensitate ale procesului patologic. El are o conştiinţă parţial

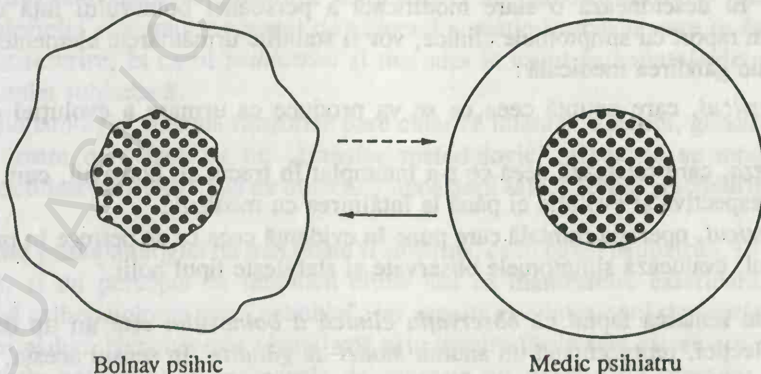
critică (nevroze) sau absolut lipsită de critică (psihoze, demenţe), fiind o persoană alienată psihic. Conştiinţa şi propria subiectivitate sunt dominate de procesul patologic în asemenea măsură, încât el refuză statutul de bolnav şi, în consecinţă, va fi necooperant cu medicul sau chiar va avea o atitudine ostilă faţă de orice propunere ori acţiune terapeutică din partea acestuia. Aceste aspecte particulare ce fac diferenţele dintre *bolnavul somatic* şi *bolnavul psihic* se pot vedea şi în imaginile schematice de mai jos :



Bolnav somatic   Medic

În figura de mai sus este reprezentată schematic relaţia medic-bolnav în cazul bolii somatice. În interiorul cercurilor mari, cercurile mici, punctate reprezintă „zona conştiinţei critic-reflexive". Bolnavul „simte" sau „îşi autopercepe" procesul patologic, boala (B), faţă de care are o atitudine critică, comunicând medicului „acuzele" sale. Medicul, la rândul său, „observă" sau percepe procesul patologic. Între medic şi bolnav se va stabili o comunicare directă, verbală, paralelă cu „observaţia clinică a bolii" efectuată de medic.

Situaţia bolnavului psihic şi a relaţiei acestuia cu medicul psihiatru este diferită şi o vom reprezenta în schema de mai jos :



Bolnav psihic   Medic psihiatru

În schema de mai sus se remarcă faptul că întreaga personalitate a bolnavului este modificată (conturul neregulat al cercului mare), ca şi „zona conştiinţei critice" a acestuia (cercul punctat neregulat din interior). Din acest motiv, bolnavul psihic nu mai este capabil să discearnă situaţia sa reală. El nu se consideră „bolnav" şi respinge, dintr-o atitudine cu caracter defensiv, orice ajutor medical (săgeata punctată), considerându-l chiar, în unele situaţii clinice, ostil persoanei sale. Rolul medicului psihiatru este, în acest caz, de a stabili diagnosticul clinic (săgeata continuă) şi de a aplica tratamentul, chiar în cazurile necooperante sau ostile.

Din cele de mai sus se poate observa faptul că există o diferenţă netă între „medicina somatică" şi „psihiatrie", între modul de a aborda şi de a înţelege „medical" bolnavul somatic şi bolnavul psihic. În plus, dincolo de aspectele „obiective" ale clinicii, trebuie avute în vedere şi aspectele „subiective" legate de întâlnirea medic-bolnav ale acestui „dialog clinic" ce are ca tematică *suferinţa umană*, plasând întâlnirea în sfera ontologicului, cu o profundă semnificaţie morală. Pe aceste considerente trebuie acordată o atenţie deosebită atitudinii faţă de bolnav şi gândirii medicale, aşa cum se va vedea în continuare.

Gândirea medicală şi atitudinea faţă de bolnav

Gândirea medicală, în sensul ei adevărat, este o *gândire clinică*. Ea implică din partea medicului o anumită „atitudine" faţă de omul bolnav.

Gândirea medicală este inseparabilă de spaţiul clinic care reprezintă „spaţiul vizibil" al bolii. În spaţiul clinic, „corpul bolnavului" devine un spaţiu supus observaţiei şi reflecţiei medicale. În felul acesta, clinica medicală se constituie ca o ştiinţă bazată pe analiza câmpului perceptiv (spaţiul corporal al bolnavului) şi pe acţiunea practică exercitată asupra acestuia (tratamentul medical).

Corpul bolnavului este acel spaţiu vizibil în care sunt situate fenomenele morbide, pe care clinica le aduce la suprafaţă, în exterior, „vizualizându-le" (observaţia medicală) şi „verbalizându-le" (denumindu-le) ca „specii morbide", adevărate „coduri medicale" reprezentate prin simptomele bolii.

Simptomul este forma sub care se prezintă boala, elementul esenţial al „vizibilului" suferinţei. El desemnează o stare modificată a persoanei bolnavului faţă de starea normală. În raport cu simptomele clinice, vor fi stabilite următoarele elemente din care se constituie gândirea medicală :

a) *prognosticul*, care anunţă ceea ce se va produce ca urmare a evoluţiei clinice a bolii ;
b) *anamneza*, care relatează ceea ce s-a întâmplat în trecut cu bolnavul, cum a apărut boala respectivă şi evoluţia ei până la întâlnirea cu medicul ;
c) *diagnosticul*, operaţia mintală care pune în evidenţă ceea ce se petrece în prezent cu bolnavul, evaluează simptomele observate şi stabileşte tipul bolii.

Se poate remarca faptul că *observaţia clinică a bolnavului* este un tip de analiză supusă reflecţiei, reprezentând un anumit *model de gândire*. În sensul acesta, se poate recunoaşte înrudirea imediată, în plan teoretic, a medicinei cu filozofia. Acest aspect este cu atât mai relevant când ne referim la psihopatologie şi psihiatrie. Medicina este câmpul

clinicii care oferă „vizibilul suferinţei" reflecţiei filozofice, prin introducerea acesteia ca metodă de a gândi domeniul patologicului. În felul acesta, remarcăm faptul că „suferinţa umană" devine o temă de reflecţie pentru filozofie şi morală, iar pentru medicină, o practică. Medicina, filozofia şi morala îşi vor găsi centrul comun în interpretarea semnificaţiei suferinţei printr-un transfer al „formelor de inteligibil" (M. Foucault).

În cazul medicinei, „inteligibilul" suferinţei, al patologicului este „formalizat" tematic prin „tablourile clinice" care desemnează speciile morbide. Dar, până a se ajunge aici, este necesar un „raţionament clinic" de o factură specială. Acesta utilizează structurile semantice ale unui limbaj special care conduce la descifrarea sensurilor suferinţei şi la etichetarea acestor simptome ale bolii. Prin acestea, raţionamentul clinico-medical capătă dimensiunile unui spaţiu de interpretare hermeneutică.

Pentru E. Minkowski, suferinţa reprezintă o parte integrantă a existenţei umane. Deşi este asociată „răului", ea revelează dimensiunea *pathos*-ului uman. Numai prin suferinţă omul ia contact cu el însuşi şi cu propria existenţă.

Suferinţa este contrară *fericirii*, întrucât este asociată cu *răul*, dar nu este echivalentă cu acesta. În prezenţa suferinţei, omul este pus faţă în faţă cu problemele propriei existenţe, fiind în felul acesta obligat să le cunoască, să le înţeleagă şi să acţioneze. Astfel considerată, ca act de conştiinţă, suferinţa reprezintă un aspect afirmativ al vieţii, al existenţei, printr-o luare la cunoştinţă a omului despre el însuşi (K. Jaspers).

Prezenţa suferinţei inaugurează „aspectul pathic" al existenţei, care nu are, în mod necesar, semnificaţia de „patologic". Aspectul „pathic" al vieţii este cadrul larg în care *boala*, ca formă particulară a suferinţei, ocupă numai un loc limitat.

Pot fi şi forme de suferinţă care să nu fie legate de o „stare morbidă", de o boală. Asocierea suferinţei cu răul este condiţia care configurează în câmpul conştiinţei mele ideea de „pericol vital", de ameninţare şi insecuritate, trezind în felul acesta angoasa. Din acest motiv, se poate afirma că avem atâtea *forme de suferinţă câte forme de rău* există. Problema suferinţei legate de boală apare mult mai târziu, făcându-şi intrarea în medicină după ce fuseseră deja fixate cadrele ei în religie, morală şi filozofie (S. Kierkegaard, M. Scheler, H. von Keyserling, M. Florian).

Stabilind faptul că *suferinţa* este tema centrală a oricărei forme de gândire medicală, să urmărim în continuare aspectele gândirii medicale având ca temă suferinţa psihică, în special din punctul de vedere al psihopatologiei.

Dacă în cazul *medicinei somatice* acest aspect al „gândirii medicale" ca reflecţie asupra suferinţei este mult estompat de aspectul somatic-formal la care se face în mod permanent referire, în cazul *psihiatriei* şi mai ales în cazul *psihopatologiei* situaţia ne apare complet schimbată.

În psihopatologie, metoda filozofică pare chiar că înlătură, aparent, gândirea clinică. De fapt, avem de-a face cu un „transfer metodologic". Ceea ce se modifică sunt „atitudinea observatorului" faţă de obiectul cunoaşterii sale, precum şi scopurile urmărite de acesta.

Obiectul psihopatologiei nu mai poate fi surprins, ca în cazul psihiatriei. El este intuit ca esenţă, şi nu perceput ca fenomen clinic sau ca manifestare exterioară. Ceea ce interesează psihopatologia este „nebunia", iar aceasta este interioară şi proprie persoanei bolnavului psihic. Nebunia este vizualizată prin manifestările sale exterioare, atitudinile sau relatările bolnavului şi mijloacele de expresie ori producţiile acestuia. Din acest motiv, *modelul de gândire* în psihopatologie va avea un dublu caracter: *intuitiv* şi

deductiv. Se va ajunge în acest caz la o analiză pur hermeneutică, urmărindu-se explicarea „sensurilor" persoanei bolnave psihic pentru a se putea deduce din acestea semnificaţia fenomenului psihic morbid.

Studiul *fenomenului morbid* nu este însă limitat, în mod strict şi exclusiv, la domeniul clinicii. Acest studiu implică atât „a vedea", în sensul de „observaţie clinică", cât şi „a interveni" asupra fenomenului morbid respectiv, în sensul de „experiment", fapt care presupune o diferenţiere a metodologiei în două mari direcţii ale activităţii medicale: *laboratorul* şi *clinica*.

Laboratorul este spaţiul intervenţiei asupra fenomenului morbid, cu mijloace experimentale. Aici, suferinţa, starea de alteralitate, anormalul sunt „produse" sau „provocate" în mod dirijat de experimentator, care, „imitând modelele naturale", caută să le descifreze mecanismele. În felul acesta, domeniul experimental trebuie înţeles ca reprezentând o „clinică dirijată" sau controlată în mod voluntar de către experimentator, după criterii anterior propuse metodologic şi urmărind nişte obiecte precise ca realizare finală.

Clinica este spaţiul observaţiei unei suferinţe naturale, apărută în interioritatea normalului şi care trebuie „descifrată" sau diagnosticată de către medicul clinician care o observă. Ea reprezintă un tip de *raţionament deductiv*, pe când laboratorul reprezintă un tip de *raţionament inductiv*.

Laboratorul construieşte „modelele patologice" în mod artificial, prin experiment, pe când *clinica* descifrează semnificaţia „modelelor naturale" apărute în sfera normalului. În felul acesta, putem spune că experimentul de laborator introduce în mod dirijat „patologicul" în normal. Întrucât obiectul psihopatologiei nu se experimentează, ci este supus unei înţelegeri reflexive, vom aborda în continuare aspectele legate de *spaţiul clinic*, considerat ca domeniu al gândirii în sfera psihopatologiei.

Spaţiul clinic se construieşte ca un „spaţiu epistemologic" în care îşi dau întâlnire *limbajul*, *privirea* şi *suferinţa*. Acesta reprezintă spaţiul vizionar *în* şi *prin* care comunică între ei medicii şi bolnavii. În acest spaţiu al clinicii, bolnavul îşi expune simptomele subiective, pe care medicul le converteşte în „obiecte ale cunoaşterii medicale". În felul acesta, se stabileşte o legătură de comunicare între „cunoaşterea medicală" şi „suferinţa bolnavului" (M. Foucault).

În cadrul spaţiului clinic se dispută *vizibilul* (persoana bolnavului) şi *invizibilul* (boala ca suferinţă) sau, altfel spus, *persoana* şi *discursul*. În felul acesta, spaţiul clinicii devine zona unde se realizează „spaţializarea" şi „verbalizarea" patologicului. Această verbalizare a suferinţei, prin expunerea de către bolnav a acuzelor sale clinice, face vizibilă interioritatea persoanei acestuia. Nu putem înţelege boala fără vizualizarea interiorităţii bolnavului decât prin verbalizarea acesteia. În felul acesta, „obiectul discursului" bolnavului va deveni „subiectul clinicii". Clinica va transforma *discursul bolnavului* în *observaţie medicală*.

Orice act de *observaţie medicală* implică două domenii: *domeniul spitalicesc* şi *domeniul pedagogic*, ambele la fel de importante şi inseparabile.

Domeniul spitalicesc este cel în care fenomenul morbid apare în singularitatea sa ca „eveniment" într-o serie de date ce se succedă cronologic. *Domeniul pedagogic* urmăreşte descoperirea şi cunoaşterea adevărului. Nu trebuie făcută diferenţa dintre *clinica* văzută ca ştiinţă şi *clinica* înţeleasă ca spaţiu pedagogic. Aceasta din urmă desemnează un grup de studiu compus din *maestru* şi *elevi*, în care actul de descoperire şi delimitare a *adevărului* reprezintă scopul întregii activităţi. Adevărul devine, în cazul acesta, un „obiectiv colectiv" preluat de „grupul de studiu" al bolnavului şi al bolii.

Se poate desprinde din cele de mai sus faptul că spaţiul spitalicesc, clinica, sintetizează o dublă experienţă, reprezentată prin următoarele:

a) *observaţia* speciilor suferinţei medicale (tablourile clinice ale bolilor);
b) *învăţarea de cunoştinţe medicale* de către elevi de la maestru.

Clinica, loc de întâlnire între *medic* şi *bolnav*, implică, în cadrul acestei comunicări, trei aspecte principale:

1. Alternarea *momentelor vorbite* (anamneza şi dialogul clinic) cu *momentele observaţiei* (privirea ca examinare clinică a „cazului"), care constă din următoarele:
   a) momentul vizual (observaţia);
   b) momentul verbal (interogatoriu, anamneză);
   c) evaluarea simptomelor clinice;
   d) descifrarea semnificaţiei patologice a simptomelor;
   e) prescrierea şi urmărirea tratamentului medical.
2. Efortul de a defini o corelaţie între „privire" (observaţia clinică) şi „limbaj" (dialogul medical) este a doua dimensiune a clinicii. Problema teoretică şi practică pusă clinicienilor este de a şti dacă este posibil să se pătrundă într-o reprezentare spaţială lizibilă şi conceptual coerentă, care este *boala*, exprimată printr-o simptomatologie vizibilă, combinată cu ceea ce rezultă dintr-o analiză verbală. Rezultatul gândirii clinice este „tabloul bolii". Tabloul are o dublă structură: vizibilă şi lizibilă, spaţială şi verbală. El reprezintă ceea ce *ochiul clinicianului* surprinde la corpul sau psihicul persoanei bolnavului. Rezultă o combinaţie între „vizibil" şi „enunţial". În felul acesta, plecând de la funcţia sa aparent analitică, *tabloul clinic* are rolul de a repartiza vizibilul în interiorul unei configuraţii conceptuale deja date (M. Foucault).
3. Idealul unei *descrieri exhaustive* constituie al treilea aspect al clinicii. Tablourile bolii antrenează gândirea clinică spre o altă normă de corelaţie între *vizibil* şi *enunţial*. Trecerea de la *sectorul vizibilului* la *structura ansamblului de enunţuri* se produce în felul următor:
   a) transformarea simptomului în semn;
   b) trecerea de la bolnav la boală;
   c) accesul de la individ la conceptual.

A descrie înseamnă „a vedea şi a şti în acelaşi timp", susţine M. Foucault. În felul acesta, „limbajul devine idealul cunoaşterii ştiinţifice" (M. Foucault). Orizontul experienţei clinice se va constitui din „vizibil" şi din „enunţiabil". În sfera acestei „experienţe clinice" ca orizont epistemologic specific, M. Foucault distinge următoarele aspecte principale:

1. *Structura alfabetică a bolii* în legătură directă cu definirea privirii sau a observaţiei clinice. Segmentul observabil este impresia singulară pe care o receptăm din partea unui bolnav sau, mai exact spus, este simptomul clinic observat la bolnavul respectiv. Din acestea se va construi „structura alfabetică a bolii".
2. *Privirea clinică* sau observaţia exercită asupra fiinţei bolnave o reducţie nominalistă. Prin intermediul acesteia, ceea ce este bolnav, alterat din punct de vedere patologic, în raport cu stările fiziologice ale normalului, este extras din câmpul observaţiei clinice. Rezultatul va fi prezentat prin *tabloul clinic*, care este expresia bolii şi reprezintă o „configuraţie", rezultat al unei construcţii a raţionamentului clinico-medical.

3. În al treilea rând, experienţa clinică se identifică cu o anumită *stare de sensibilitate.* Privirea medicală nu are numai un caracter intelectual, de percepere a fenomenelor clinice morbide. Ea este, concomitent, şi privirea sensibilităţii concrete, o privire care merge de la „persoană la persoană", situându-se în spaţiul „manifestării sensibile" a suferinţei etichetate ca boală. În felul acesta, în final, orice *adevăr* al clinicii medicale este un „adevăr sensibil".

5. Doctrina bolii psihice

Caracteristicile psihologice generale ale stării de boală

Boala, ca stare modificată a persoanei umane, este o temă importantă pentru *psihologie*, dar şi pentru *psihanaliză*, *psihopatologie* şi *psihoterapie*. Deşi „obiect al medicinei", boala trebuie privită şi ca atitudine sufletească trăită subiectiv de bolnav, aspect care îi pune în evidenţă caracteristica principală de factură psihologică, de care suntem absolut obligaţi să ţinem seama în toate situaţiile.

După Leriche, boala poate fi definită în trei feluri :

a o anumită stare a corpului ;
b) o anumită interpretare a medicului ;
c) o anumită stare de conştiinţă a bolnavului.

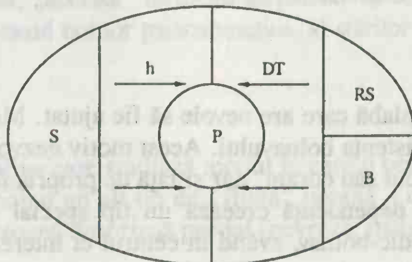
Din punct de vedere psihologic, boala este percepută ca o stare negativă. Conştiinţa sănătăţii se exprimă fenomenologic printr-un sentiment de siguranţă, pe când, în cazul bolii, suferinţa este legată de o anumită stare de slăbiciune, nesiguranţă şi panică resimţită de bolnav. Esenţială este anxietatea legată de starea prezentă modificată a persoanei, de posibilele complicaţii, de eventualitatea apariţiei unor noi suferinţe şi tulburări de ordin fiziologic sau organic.

În ceea ce priveşte confirmarea stării de boală de către medic, diagnosticul şi prognosticul medical au funcţii contradictorii în sens psihologic pentru bolnav :

a) fie reprezintă un pericol în măsura în care confirmă natura bolii ;
b) fie reprezintă o speranţă şi un ajutor util şi eficace din partea medicului.

Pornind de la studiile de „psihologie topologică" ale lui K. Lewin, Barker analizează „dinamica psihologică a bolii". În sensul acesta, el propune două „scheme topologice" privind comportamentul persoanei bolnave.

Tipul 1 se caracterizează prin faptul că subiectul resimte o stare de indispoziţie în atitudinea sa faţă de consultaţia medicală („întâlnirea cu medicul"). Această situaţie este reprezentată în schema ce urmează :



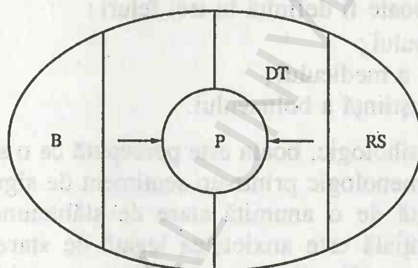
În cazul de mai sus, spaţiul psihologic (P) este decupat în cinci regiuni:
- S reprezintă starea de sănătate;
- h – starea de indispoziţie;
- DT – diagnosticul şi tratamentul;
- B – boala;
- RS – restabilirea sănătăţii.

Dinamica bolii în cazul de mai sus va fi următoarea:

a) acceptarea bolii cu restabilirea sănătăţii, refuzul indispoziţiei;
b) teama de diagnostic şi tratament, care echivalează, în fond, cu teama de boală.

Tipul 2 se referă la comportamentul bolnavului faţă de diagnostic şi tratament. În acest caz, spaţiul psihologic (P) va fi decupat în următoarele trei regiuni:
- B reprezintă starea de boală;
- DT – diagnosticul şi tratamentul;
- RS – restabilirea sănătăţii bolnavului.

În acest caz, dinamica bolii va fi conformă cu schema de mai jos:



Restabilirea sănătăţii este legată de dorinţa bolnavului de a se elibera de boală, având în acelaşi timp teamă de diagnostic şi de tratamentul aplicat.

Din cele expuse mai sus rezultă că boala implică o schimbare a regimului dinamicii şi atitudinii personalităţii bolnavului, obligându-l pe acesta să adopte noi modele de comportament, specifice în raport cu „pericolul" reprezentat de starea de boală.

Din punct de vedere psihologic, boala se caracterizează prin trei elemente principale, şi anume:

a) îngustarea universului intereselor şi acţiunilor bolnavului;
b) egocentrism, cu centrarea intereselor pe propria persoană;
c) o atitudine particulară în care se combină tirania cu starea de dependenţă.

Să dezvoltăm, în continuare, aceste aspecte.

Dependenţa de boală

Bolnavul este o persoană slabă care are nevoie să fie ajutat. Medicul este persoana care ocupă un loc central în asistenţa bolnavului. Acest motiv dezvoltă o stare de dependenţă a bolnavului faţă de medicul său curant, dar şi faţă de propria familie şi de anturajul său social. Această stare de dependenţă creează un tip special de legătură interumană, exprimată prin relaţia medic-bolnav, având în centrul ei interesul comun pentru boală.

Evaziunea

Unele boli au pentru bolnavi o funcţie de evaziune, oferindu-le un mijloc eficient de a se sustrage propriilor obligaţii, percepute ca nişte dificultăţi. Evaziunea prin boală se manifestă, după Barker, prin următoarele aspecte:

a) exagerarea simptomelor clinice morbide;
b) dispoziţia pesimistă a bolnavului;
c) caracterul variabil, inconstant, atipic al simptomatologiei clinice a bolii.

Această stare de evaziune prin boală a pacienţilor poate lua mai multe forme, după cum se poate vedea în continuare:

a) *retragerea*, prin îngustarea orizontului bolnavilor şi ruptura multora dintre legăturile lor sociale cu lumea şi cu mediul de viaţă;
b) *introversiunea*, constând în închiderea în sine, interesele bolnavului limitându-se la propria persoană şi la boala actuală;
c) *regresiunea*, constând în dependenţa bolnavului faţă de medicul curant. Ea este însoţită de apariţia unor forme de comportament de tip infantil.

Exaltarea Eului

Această schimbare a personalităţii bolnavului legată de prezenţa bolii se manifestă prin următoarele aspecte de factură psihologică:

a) *narcisismul* este legat de schimbarea imaginii de sine în raport cu starea de boală, cu prezenţa acesteia. Acest fapt antrenează o modificare a dispoziţiei emoţional-afective, constând în descurajare, anxietate, depresie sau situaţii de regresiune şi dependenţă. Toate sunt expresia intrării în acţiune a „mecanismelor de apărare ale Eului". Această stare de narcisism poate fi favorizată şi de conduita medicului, care acordă bolnavului şi bolii acestuia o „atenţie" şi o „importanţă" deosebite, crescute, considerându-l un „caz rar", un „caz clinic interesant din punct de vedere ştiinţific". Bolnavul este vizitat şi consultat mai des de medic, i se fac analize sau alte investigaţii paraclinice suplimentare, se fac încercări terapeutice noi etc. Toate acestea situează bolnavul „în centrul atenţiei", favorizând dezvoltarea narcisistă, mai ales când acesta are o labilitate emoţională crescută şi un statut social inferior.
b) *rolul terapeutic al narcisismului* este un fapt cunoscut, iar medicul îl poate utiliza ca pe un adjuvant psihoterapeutic în tratamentul bolnavului. Importanţa deosebită acordată acestuia creează o stare de dependenţă de medic a bolnavului, crescând sugestibilitatea şi, prin intermediul acesteia, „accesul" formelor de psihoterapie, adesea cu un mare succes terapeutic, mai ales în cazul bolilor psihosomatice, al stărilor reactive, nevrozelor etc.

Boala psihică

Psihopatologia este disciplina care studiază modul în care o persoană ajunge să-şi piardă libertatea interioară, devenind un alt tip de „fiinţă" umană – o „fiinţă a anormalităţii". Bolnavul psihic este o persoană desprinsă parţial (nevroze, psihopatii) sau total (psihoze)

de realitatea lumii. El este proiectat fie la periferia lumii (nevroze, psihopatii, sociopatii), fie în afara lumii (demenţe) sau într-o lume a realităţii iraţionalului, o lume interioară, închisă sau circumscrisă la interioritatea persoanei bolnavului (schizofrenie, parafrenie, paranoia, melancolie). Această lume a bolii psihice are un caracter închis, întors către sine, negativ în raport cu experienţele sufleteşti ale normalităţii, o lume stranie şi incomprehensibilă pentru ceilalţi, în care identitatea schimbată a bolnavului dă impresia că se regăseşte pe sine.

Prin transformarea personalităţii şi „închiderea în sine" se produce o „întoarcere narcisică" a persoanei către sine, rupându-se orice fel de legătură inteligibilă cu realitatea lumii posibile, exterioară bolnavului. Această schimbare face ca bolnavul să devină o prezenţă stranie în spaţiul realităţii externe, o „prezenţă negativă" (antisocialul, conflictualul, paranoicul) sau chiar un „individ absent" (bolnavii cronic degradaţi, demenţii).

După K. Jaspers, sectorul psihopatologiei este reprezentat de cunoaşterea şi înţelegerea vieţii psihice anormale în ceea ce priveşte realitatea ei, mijloacele de expresie a acesteia, raporturile sale de ansamblu şi cauzele care o determină. În sensul acesta, au valoare următoarele aspecte :

a) calităţile subiective ale sufletului ca fenomene trăite în mod real (aspectul fenomenologic) ;
b) simptomele obiective, operaţiile şi fenomenele fiziologice elementare auxiliare ;
c) expresia fenomenelor sufleteşti, atât a celor cu caracter obiectiv, cât şi a celor cu caracter subiectiv ;
d) raporturile de ansamblu ale vieţii psihice de tipul raporturilor comprehensive ;
e) raporturile de cauzalitate ;
f) modurile şi sensul reprezentărilor teoretice ;
g) sinteza bolilor psihice în raport cu personalitatea.

Rezultă din cele de mai sus caracterul particular al bolii psihice, diferenţa esenţială care există între aceasta şi bolile somatice, deşi ambele categorii aparţin sferei medicinei. Faptul ne obligă să vedem legătura existentă între psihopatologie şi medicină, care, deşi sunt două domenii de activitate practică şi două moduri de gândire, se întâlnesc în acelaşi cadru al obiectului comun de studiu – *omul.*

Deşi medic, psihiatrul este plasat într-un „spaţiu clinic" diferit de cel al medicinei somatice, el având de-a face cu „o lume diferită" din punct de vedere patologic şi utilizând o altă gamă de metode în comparaţie cu cele din medicina somatică.

Psihopatologia reclamă studii preliminare de psihologie şi filozofie, dar şi o formaţie de clinică psihiatrică. Practicarea psihiatriei bazate exclusiv pe medicină, dar nedublată de cultura psihologică şi filozofică va face din psihiatri nişte „savanţi diletanţi", afirmă K. Jaspers, adăugând că „psihiatrii trebuie să înveţe să gândească boala psihică şi să înţeleagă bolnavul mintal".

În acelaşi sens susţinut mai sus de K. Jaspers, I. Kant afirma că „numai medicul este capabil de a îngriji bolnavii psihic, întrucât în acest caz cunoştinţele de medicină somatică îi sunt indispensabile. Dar competenţele medicului depind de cunoştinţele sale filozofice şi de cultura acestuia".

Se notează mai multe etape în evoluţia conceptului de *boală psihică*, traducând nu numai nivelul cunoştinţelor referitoare la aceasta, ci, concomitent, şi atitudinea faţă de bolnavul mintal, precum şi mentalitatea care a contribuit la „formarea ideilor despre boala psihică".

Prima reprezentare este de factură culturală, moral-religioasă, şi este cunoscută sub numele de „nebunie". Acest concept desemna totalitatea dereglărilor spiritului, fără nici un fel de deosebire între ele. El vizează, în principal, manifestările exterioare ale dezordinilor, ca abateri de la legile morale şi religioase. Acest cuvânt destul de vag şi imprecis din perspectivă medicală are o conotaţie peiorativă, moral-discriminatorie, fiind înlocuit de conceptele medicale moderne.

Al doilea moment în formularea ideilor despre nebunie este reprezentat de introducerea şi utilizarea conceptului de „alienaţie mintală". Termenul indică transferul nebuniei în spaţiul medicinei, al clinicii psihiatrice. Starea de alienaţie mintală pune persoana umană în imposibilitatea de a duce o viaţă normală, de a putea participa la viaţa colectivă a societăţii. În cazul acesta, individul ne apare ca un „înstrăinat" de mediul său (alienat). Ulterior, prin extensie, s-a dat acestui termen sensul de „boli ale spiritului", indiferent de cauza şi consecinţele lor. Un aspect important este legat de „teama societăţii" de bolnavii psihic. Alienaţii moştenesc „teama" pe care o inspirau nebunii în lume. Teama de nebuni se transformă, în cazul alienaţilor, în pericol social, acestora atribuindu-li-se un mare potenţial antisocial de tip violent, imprevizibil şi de care nu pot fi făcuţi responsabili.

Conceptul de alienaţie mintală este legat, ca explicare etiologică, de „teoria degenerescenţei" care a făcut epocă în secolul al XIX-lea, aspect asupra căruia vom reveni.

Ceea ce este însă important e faptul că atât *nebunia*, cât şi *alienaţia mintală* aveau şi un nucleu de fascinaţie asupra societăţii. Nebunii erau în mod egal consideraţi nu numai nişte persoane dezechilibrate, ci şi nişte „inspiraţi" (profeţi, vizionari etc.). În cazul alienaţiei mintale, teoria degenerescenţei care încerca să dea o explicaţie era compensată de teoria geniului, adesea reamintindu-se celebrul adagiu aristotelic: *Nulum magnum ingenium sine mixtura dementia fuit*.

Medicalizarea nebuniei şi constituirea psihiatriei ca disciplină medicală introduc un termen nou, cel de „boală psihică".

Pentru K. Schneider, în psihiatrie, conceptul de „boală mintală" are o semnificaţie strict medicală. Medicina consideră că nu numai *corpul* (*soma*) poate fi atins de boală, ci şi *sufletul* (*psyché*). În raport cu trupul, „anomalia psihică" îşi pierde întru câtva conotaţia de „stare morbidă", care se referă în primul rând la procesele patologice cu substrat organic lezional, întrucât multe afecţiuni psihice nu sunt asociate cu nici un fel de modificări organice somatice sau cerebrale. Din aceste considerente, caracterul de morbiditate în cazul bolii psihice va avea semnificaţia unei „imagini clinice" mai mult decât acela al unei „boli" propriu-zise, în sens medical. Criteriile de atribuire a bolii sunt, după K. Schneider, următoarele:

a) prezenţa unor modificări organice somatice sau cerebrale;
b) faptul de „a nu se simţi bine" al pacientului, ceea ce se traduce prin tulburări de ordin fiziologic;
c) impresia de pericol care ameninţă viaţa bolnavului.

În cazul de mai sus, medicul va utiliza nişte valori de ordin medical, dar aceste „criterii" nu sunt în toate situaţiile aplicabile sau utilizabile în sfera psihiatriei. Singurul concept care poate desemna „boala" în sfera psihiatriei trebuie să se raporteze la valorile psihologice ale fiinţei umane sau, mai exact, la persoană.

Boala mintală este un fenomen clinic inseparabil de bolnavul mintal, o manifestare morbidă de factură particulară a personalităţii sale. Din acest motiv, în înţelegerea

realităţii bolii psihice ca dezordine a personalităţii nu trebuie să ne limităm la dimensiunea clinico-psihiatrică a acesteia, ci să luăm în considerare şi dimensiunile culturale şi sociale ale personalităţii umane.

Acest aspect lărgeşte considerabil cadrul strict al „bolii psihice", plasându-ne în domeniul antropologiei psihopatologice, care consideră manifestările anormale ale personalităţii ca „fenomene psihice morbide".

Considerată „fenomen psihic morbid", *nebunia* devine un câmp de cunoaştere a umanului, care, după M. Foucault, reuneşte toate aceste figuri absurde ce sunt, în realitate, elementele unei cunoaşteri dificile, ferme, caracteristice. Aceste „forme stranii" sunt situate în „spaţiul nebuniei" sau, altfel spus, al „fenomenelor psihice morbide".

Pentru M. Foucault, corolarul nebuniei ca „formă de cunoaştere" este „conştiinţa nebuniei", în sensul acesta distingându-se următoarele aspecte :

a) *o conştiinţă critică a nebuniei*, ce delimitează raţiunea reflexivă logică şi căreia i se opune prin caracterul ei negativ, antitetic ;
b) *o conştiinţă practică a nebuniei*, ce se impune ca o realitate concretă în raport cu normele unui grup de care se separă, situându-se în opoziţie cu acesta ;
c) *o conştiinţă enunţiativă a nebuniei*, care probează calificarea acestui „mod de existenţă" diferit de cel considerat normal, fiind recunoscut şi etichetat ca atare ;
d) *o conştiinţă analitică a nebuniei*, referitoare la cunoaşterea obiectivă a nebuniei ca „parte" integrantă a manifestărilor de a fi ale persoanei umane.

Ca fenomen uman, *nebunia* este inseparabilă de *persoană*, fiind un atribut sau o posibilă ipostază a acesteia. Din acest motiv, ea ne apare cu mai multe sensuri :

a) un mod particular de cunoaştere a umanului ;
b) un mod particular al conştiinţei ;
c) un mod particular de asimilare şi utilizare a valorilor şi normelor culturale sau un mod particular de comportament ;
d) personificarea sau configurarea unui anumit tip uman, reprezentat prin bolnavul psihic, veritabil personaj care ilustrează nebunia.

Aspectele de mai sus lărgesc considerabil cadrul clinic al psihiatriei, plasând nebunul, ca tip uman, în sfera antropologiei. În sensul acesta, *nebunul* este, în primul rând, un personaj uman în sensul cel mai plenar al accepţiunii. El este ilustrarea antropologică a *nebuniei*, depăşind cadrele medicinei ; un personaj uman în morală, religie, cultură, societate, justiţie, artă, exprimând tot ceea ce „se opune" ordinii naturale sau logicii, valorilor spirituale, normelor social-juridice. Din această perspectivă, *nebunul* nu este identic cu *cazul* clinic, obiect al psihiatriei în exclusivitate, ci devine ipostaza unui „alt fel de a fi" al persoanei, „negativul acesteia", cel care contrazice persoana negând-o ca sens prin atribuirea acelui „nonsens" al iraţionalului. Prin aceasta, nebunia iese din cadrele logicii pentru a ilustra absurdul. Ea este „reversul" persoanei umane. Nebunul exprimă, în sens antropologic, contradicţia internă a fiinţei umane, paradoxul acesteia. Nebunia este expresia dezordinii iraţionalului, care se opune ordinii raţiunii, considerată a fi înţelepciunea sau normalitatea în raport cu anormalitatea.

Boala psihică este în primul rând un concept clinico-medical al psihiatriei, desemnând o dereglare a vieţii psihice (fie că este vorba de procese psihice izolate sau de întregul sistem al personalităţii). Fiind un concept medical, boala psihică implică următoarele aspecte :

a) *o cauză* care o produce (*etiologia*) ;

b) o anumită formă de *manifestare clinică*, ce-i conferă identitatea, făcând-o „clasificabilă" într-o anumită ordine a gândirii medicale (*diagnosticul*);
c) un anumit tip de *evoluţie clinică*, expresie medicală a „psihobiografiei individului" (*evoluţia bolii*);
d) anumite *consecinţe* asupra structurii şi dinamicii personalităţii bolnavului (*prognosticul*);
e) posibilitatea medicului de a acţiona asupra evoluţiei bolii cu anumite *remedii*, în scopul eliminării sau atenuării cauzelor care o produc, al restabilirii stării de echilibru psihic al personalităţii bolnavului (*terapeutica*);
f) adoptarea unor forme de *reintegrare a bolnavilor psihic convalescenţi* sau a celor cu defecte postprocesuale în grupul social, familie, şcoală, profesiune (*recuperare, resocializare*);
g) instituirea unor metode de *psihoprofilaxie* vizând păstrarea stării de sănătate mintală şi combaterea factorilor de risc morbigenetici (*igienă mintală*).

Evoluţia ideilor despre boala psihică

Spre deosebire de *bolile somatice*, evoluţia ideilor despre *boala psihică*, aşa cum în parte s-a vorbit mai sus, pune probleme deosebite, fapt care ne obligă să insistăm asupra acestui aspect.

În evoluţia ideilor referitoare la boala psihică înregistrăm o suită de opinii şi atitudini mergând de la punctul de vedere medical, preluat din „somatologie", până la concepţia psihopatologică ce tratează fenomenul psihic morbid prin prisma analizei fenomenologice. În sensul acesta, sunt semnificative două definiţii ale bolii psihice elaborate la un interval de 150 de ani între ele.

Încercând să dea bolii psihice o definiţie clinică, Esquirol afirmă că „nebunia este o afecţiune cerebrală de obicei cronică, fără febră şi caracterizată prin tulburări ale sensibilităţii, inteligenţei şi voinţei".

Contemporan, H. Ey recunoaşte faptul că boala psihică este greu de definit şi conceptualizat, preferând ca în locul unei definiţii să noteze „patru aspecte tematice" care „subînţeleg" boala psihică, şi anume:

a) *tema psihologică*, conform căreia boala psihică este implicată în organizarea psihismului uman;
b) *tema fenomenologică*, în conformitate cu care structura bolii psihice este esenţialmente negativă sau regresivă;
c) *tema clinică*, după care boala psihică are forme tipice de structură şi evoluţie, precum şi niveluri variate de disoluţie a organizării vieţii psihice;
d) *tema etiopatogenetică*, ce afirmă că boala psihică depinde de procesele organice.

Desigur că în intervalul de timp scurt dintre aceste două „definiţii" sau, mai exact, „atitudini doctrinare" faţă de boala psihică şi de bolnavul mintal au persistat întrebările „Ce este nebunia?" şi „Ce este persoana nebunului?". Persistenţa acestor întrebări denotă faptul că răspunsurile pe care le avem nu acoperă problema, nu satisfac şi nu numai că lasă deschisă poarta unor interminabile discuţii, dar, în plus, generează confuzii. Din aceste considerente, „lărgirea" cadrului „bolii psihice" prin plasarea sa în sfera antropologiei, ca psihopatologie, este una dintre căile care completează şi chiar răspund la aceste probleme.

Pentru R. Jaccard, „nebunul" este acea persoană cu un comportament bizar, straniu, iraţional, cel care „nu se conduce într-un fel normal". Extinzând acest cadru, F. Laplantine susţine că orice formă de „nebunie" este înscrisă în „normele interne ale modelului cultural", întrucât fiecare cultură „are" şi „produce" formele sale specifice de *nebunie* şi de *bolnavi psihic*. Aceasta din cauza faptului că aceea care determină cadrele configuraţiei, atât pentru personalitatea normală, cât şi pentru nebunie, este *cultura*.

Fireşte că plasarea lărgită în sfera antropologiei a „fenomenului psihic morbid" reprezintă un pas important în înţelegerea şi explicarea bolii psihice ca fenomen sufletesc complex. Dincolo de aspectele pur medicale, H. Searles consideră bolnavul psihic drept o creaţie a societăţii, nebunul fiind „depozitarul nebuniei celorlalţi membri ai grupului său social". Acest punct de vedere, care a generat *curentul antipsihiatric* (T. Szasz, D. Cooper), consideră „nebunia" o „falsă temă", nebunul fiind un personaj simbolic care „preia asupra lui culpabilitatea grupului social căruia îi aparţine" (H. Searles).

Acest punct de vedere pare a desfiinţa orice tentă medicală a nebuniei, condamnând la desfiinţare psihiatria ca disciplină medicală. Fireşte că, dincolo de orice exagerări culturaliste, apare în evoluţia ideilor despre nebunie un aspect nou sau, mai exact, redescoperit: *funcţiile sociale ale nebuniei*, în care se întâlnesc „rolul nebuniei în societate", precum şi „atitudinea societăţii faţă de nebun şi nebunie".

Orice societate îşi delimitează „negativitatea" prin prezenţa bolnavilor psihic, a sociopatiilor sau a persoanelor handicapate. Într-o societate, „nebunia" şi „nebunul" au rolul unei supape care permite descărcarea contradicţiilor, conflictelor şi constrângerilor pe care suntem nevoiţi să le reprimăm prin refulare, ca fiind interzise, inacceptabile, contrare normelor modelului sociocultural. Prezenţa nebuniei în societate ne aminteşte de normele şi valorile impuse de societate şi pe care nu avem permisiunea de a le încălca. Cei care încalcă aceste norme culturale sunt „diferiţi" de ceilalţi, fiind etichetaţi drept nebuni sau sociopaţi.

Din cele de mai sus se poate desprinde faptul că societatea adoptă o anumită „atitudine faţă de nebuni", care poate prezenta trei aspecte: atitudinea nespecialiştilor, atitudinea mass-media, atitudinea specialiştilor. Le vom analiza pe rând în continuare.

Atitudinea nespecialiştilor

Pentru aceştia, nebunul apare ca un personaj straniu, enigmatic, de neînţeles, care dă impresia că trăieşte în altă lume. La acest sentiment se mai adaugă cel de teamă, manifestat prin intoleranţă, respingere, izolare, adesea mascat printr-o pseudoindiferenţă. Toate aceste atitudini decurg din următoarele:

a) aspectul imprevizibil al nebuniei;
b) nebunia reprezintă un fel de ameninţare pentru raţiune şi sănătatea mintală;
c) asupra nebunului este proiectată agresivitatea socială;
d) crearea unei bariere între persoana bolnavului psihic şi societate;
e) invidia faţă de persoana nebunului, care „poate spune" şi „poate face" orice, spre deosebire de persoanele normale, ce trebuie să se conformeze normelor socioculturale.

Atitudinea mass-media

Acestea rezumă în mod concentrat expresia raporturilor dintre societate şi nebunie. Mai mult decât atât, mass-media sunt cele care confecţionează „imaginea socială" a nebuniei. Societatea asociază nebunia cu violenţa în cadrul acestei „imagini". Ca şi nebunia, violenţa este iraţională, ambele fiind expresia unor excese potenţiale ale pulsiunilor individului (G. Bataille).

S. Taieb remarcă faptul că nebunia şi violenţa implică periculozitate, dar, deşi statutul de nebun este identic în societate atât pentru bărbat, cât şi pentru femeie, rolurile sunt diferite. Astfel, se consideră că femeia este victima propriei nebunii, returnând violenţa nebuniei asupra ei înseşi, pe când bărbatul este nebun, periculos şi violent, descărcându-şi pulsiunile asupra celorlalţi. Femeia recurge la suicid, pe când bărbatul – la crimă.

Atitudinea specialiştilor

În acest sens, se disting două curente principale de opinii :

a) psihiatria clinică tradiţională consideră nebunia, în conformitate cu modelul de gândire medicală, o „boală psihică", iar nebunul este etichetat drept „bolnav mintal", fiind tratat ca atare. Este vorba de o atitudine terapeutico-medicală ;
b) antipsihiatria consideră nebunia o construcţie artificială a psihiatriei, iar persoana nebunului, o victimă a psihiatrilor, adoptând faţă de aceasta o atitudine contestatară sau cel puţin revizionistă.

Atitudinea bolnavilor

S-a vorbit şi s-a scris mult prea puţin despre „atitudinea bolnavilor" faţă de boala psihică, despre modul în care aceştia „percep" şi „trăiesc" propria suferinţă. Vom expune succint, în continuare, cele mai importante aspecte în sensul acesta.

Bolnavii psihic, cu foarte mici excepţii, nu sunt indiferenţi faţă de suferinţa lor. În marea lor majoritate, ei simt şi trăiesc într-un mod penibil, dureros, chiar sfâşietor schimbarea naturii lor, a raporturilor cu lumea, cu societatea, izolarea la care sunt condamnaţi. Acest fapt este trăit ca o *experienţă penibilă* în cazul *nevrozelor*, ca o *experienţă dureroasă, sfâşietoare* în cazul *depresiilor*, al *melancoliei*, ca o *situaţie de marginalizare, de excludere socială* în cazul *alcoolismului* şi al *toxicomaniilor*, ca o *stare de apăsare tensională interioară* în cazul *situaţiilor conflictuale* şi al *complexelor*, ca o *confruntare directă cu o „lume ostilă"*, considerată astfel *de paranoicii revendicativi şi cverulenţi*, ca o *izolare morală şi socială represivă*, în cazul persoanelor cu *inversiune sexuală* ; şi seria poate continua.

În majoritatea cazurilor, bolnavul psihic îşi percepe propria suferinţă şi în raport cu „atitudinile sociale", de regulă repulsive, ostile faţă de boala psihică şi de bolnavii mintal. Din aceste considerente, apare tendinţa bolnavilor de a-şi ascunde propriile tulburări sau probleme psihice, pentru a-şi putea menţine şi „salva" în felul acesta statutul social. Ei preferă întotdeauna să vorbească atunci când se referă la boala lor

despre „probleme psihologice", „situaţii de impas", „conflicte", evitând termenii *tulburare* sau *boală*. Este semnificativă afirmaţia făcută de unul dintre pacienţii mei, bărbat de 69 de ani, intelectual, cu un înalt nivel de cultură şi o aleasă educaţie, homosexual, care în cursul interviului medical a zis: „Dumneavoastră, psihiatrii, le spuneţi oamenilor ceea ce aceştia nu ar vrea să ştie despre ei".

În general, bolnavii psihic „simt" o anumită rezervă, o atitudine negativă, de respingere din partea societăţii. Aceasta generează adesea conflicte, dificultăţi de comunicare şi de adaptare, o situaţie de marginalizare. De aici şi refuzul lor de „a se considera bolnavi" şi tendinţa firească de a infirma prin aceasta, de a refuza un „statut medical" ca o consecinţă a diagnosticului clinico-psihiatric.

Etiologia şi evoluţia bolilor psihice

Boala psihică reprezintă din punct de vedere clinico-psihiatric modele cu o configuraţie specifică, reprezentate prin „tablourile clinice" sau, după cum le-a numit M. Foucault, „figurile nebuniei". Din punct de vedere psihopatologic, boala psihică, înţeleasă ca suferinţă umană, realizează anumite „modele ontologice", care sunt, după L. Binswanger, expresia „alteralităţii şi alienării" fiinţei umane. În sensul acesta, dintr-o perspectivă antropologică, psihiatria este considerată ştiinţa care studiază modul în care omul este ameninţat că-şi va pierde propria libertate interioară, deoarece, în cazul bolii psihice, persoana umană este constrânsă la „a fi altfel". Două aspecte se discută în cazul transformării fiinţei umane în cazul bolii psihice: *cauzele alteralităţii* sau etiologia fenomenelor psihice morbide şi *evoluţia alteralităţii* sau a bolii psihice. Prima este dimensiunea sa antropologică, cea de-a doua – dimensiunea ontologică. Le vom analiza pe fiecare în continuare.

Etiologia bolilor psihice

Studiul etiologiei tulburărilor psihice este expresia evoluţiei descoperirii şi cunoaşterii cauzelor care le-au produs. Acest proces ne înfăţişează o evoluţie istorică a gândirii medicale şi medico-psihologice care s-a format în decursul timpului, corelată cu atitudinea faţă de om şi faţă de boala psihică, în contextul evoluţiei istorice a mentalităţilor. În sensul acesta, se disting mai multe etape succesive în evoluţia concepţiilor etiologice ale bolilor psihice.

I. *Etapa magică* vedea în bolnavii psihic nişte indivizi posedaţi de spirite malefice, de diavol etc., care, „intrând" în corpul acestora, le subordonau voinţa, gândirea şi comportamentul (T.K. Osterreich). *Nebunia* avea caracter de *posesiune* şi era privită ca o pedeapsă care a lovit individul. În mod firesc, încercările terapeutice se înscriau în seria practicilor magice, şamanice, de exorcizare etc.

II. *Etapa preştiinţifică* încearcă să dea o explicaţie apariţiei bolilor psihice legându-le de cauze fizice (miasme, substanţe toxice, alimentaţie, cauze morale etc.). În sensul acesta, combaterea tulburărilor psihice făcea apel la remedii dintre cele mai diferite. Ovidiu, în *Ars amandi*, recomanda abţinerea şi prudenţa ca măsuri de prevenire a apariţiei bolilor psihice. În Evul Mediu, s-a apelat la remedii alchimice (elixiruri, siropuri, unguente, fumigaţii etc.). Interesante sunt recomandările terapeutice ale Şcolii

Medicale de la Salerno, care pentru păstrarea sănătăţii mintale recomanda următoarele : *Si tibi deficiunt medici, medici tibi fiant haec tria : mens hilaris, requies, moderata diaeta**.

III. *Etapa ştiinţifică* este caracterizată prin „medicalizarea nebuniei" şi scoaterea ei din sfera culturii şi a moralei. Această etapă cuprinde mai multe subetape, în decursul cărora s-au constituit şi au evoluat concepţiile ştiinţifice referitoare la cauzele bolilor psihice. Le vom prezenta în continuare în ordinea succesiunii lor istorice.

1. *Etapa interpretării medicale* a bolilor psihice se caracterizează printr-o succesiune de teorii etiologice explicative, pe care le prezentăm mai jos.
   a) *Teoria predispoziţiilor* căuta să explice apariţia şi evoluţia clinică a bolilor psihice prin existenţa unor „predispoziţii constituţionale" anormale. La începutul secolului XX, Joffroy afirma că „bolile mintale cer pentru a se dezvolta un teren special modificat de lungă durată". J. Rogues de Fursac scrie în al său *Tratat de psihiatrie* (1923) că „predispoziţia latentă sau evidentă, congenitală sau dobândită este indispensabilă pentru ca o boală mintală să apară şi să se dezvolte". Această etapă este dominată de *teoria degenerescenţei* (A. Morel, V. Magnan, C. Lombroso) în explicarea apariţiei bolilor psihice.
   b) *Teoria cauzelor determinante*, de origine exterioară, aduce în discuţie aspectul medical din medicina generală, somatică. În sensul acesta, sunt incriminaţi, în geneza bolilor psihice, factorii infecţioşi, toxici, discrinici, dismetabolici, intoxicaţiile sau consecinţele evoluţiei unor boli somatice grave, cronice etc.
   c) *Teoria cauzelor morale* pune probleme mai nuanţate de etiologie a bolilor psihice. Pentru J. Rogues de Fursac, „cauzele morale" sunt reprezentate prin : izolare, factori emoţionali negativi, sugestie (inducţie şi contagiune psihică).
2. *Etapa interpretării clinico-psihiatrice a bolilor psihice*
   a) *Etapa clinico-psihiatrică*, inaugurată de Pinel şi Esquirol la începutul secolului al XIX-lea, este continuată de A. Morel, V. Magnan şi J. Falret în Franţa. Cel care construieşte însă un sistem de gândire clinico-psihiatrică în evaluarea etiologică şi interpretarea semnificaţiei clinice a tulburărilor psihice este E. Kraepelin, care oferă şi o primă clasificare a acestora, după criterii clinice, clasificare din care derivă ulterior toate celelalte. În acelaşi context se înscriu concepţia clinică a lui Griesinger, care susţinea că *Geisteskranken sind Gehirn Kranken* („bolile psihice sunt boli ale creierului"), precum şi poziţia lui Schiller, care afirma că *Geisteskranken sind Personlichkranken* („bolile psihice sunt boli ale personalităţii"). Ne aflăm în faţa a două atitudini medicale ce vor marca direcţiile de evoluţie a gândirii şi interpretării fenomenelor psihice morbide : punctul de vedere organicist, care localiza tulburările psihice în afecţiuni ale creierului, şi punctul de vedere psihologizant, care considera bolile psihice ca afecţiuni ale personalităţii. Un alt aspect semnificativ care se impune în această epocă este reprezentat prin transferarea ideilor cuprinse în „teoria degenerescenţei" în „concepţia endogenetică" a etiologiei bolilor psihice, acceptată fără rezerve în cazul psihozelor endogene.
   b) *Etapa psihiatriei biologice* se caracterizează prin tendinţa de a explica originea şi dinamica tulburărilor psihice prin conexiunea lor cu procesele fiziologice ale creierului, dându-se în felul acesta o fundamentare neurofiziologică şi morfopatologică a bolilor psihice. Faptul s-a confirmat în cazul bolilor psihice cu

---

* Dacă îţi lipsesc medicii, atunci medici să-ţi fie acestea trei : buna dispoziţie, calmul şi dieta echilibrată (trad. lat.) (n.r.).

substrat organic lezional (traumatisme, tumori cerebrale, neuroinfecţii, intoxicaţii ale SNC etc.), dar nu a reuşit să acopere întreaga patologie psihiatrică. Aceste aspecte sunt rezultatul unor importante contribuţii la explicarea cauzelor şi a mecanismelor psihopatogenetice ale bolilor psihice (W. Penfield, J.R. Smythies, K. Lashley, H. Jackson, K. Goldstein, H. Hécaen, A.R. Luria, A. Lishman etc.).

3. *Etapa interpretării clinico-psihologice* a bolilor psihice urmăreşte explicarea apariţiei şi evoluţiei clinice a acestora dintr-o perspectivă psihodinamică legată de factori exclusiv sau dominant psihologici. În această direcţie de gândire se înscriu următoarele teorii :
   a) *Teoria patoplastiei bolilor psihice* prin inducţie sugestivă hipnotică, aşa cum a fost demonstrată de J.M. Charcot şi Şcoala de la Salpêtrière, în cazul isteriei (P. Janet, J. Babinski etc.).
   b) *Teoria psihanalitică*, dezvoltată de S. Freud, care explică geneza bolilor psihice prin dinamica pulsiunilor inconştientului (conflicte, frustrări, stări complexuale), care se organizează (fiind împiedicate să se exteriorizeze) în focare de tensiune intrapsihică din care se constituie „simptomele clinice" organizate în tablouri nevrotice, psihotice etc.
   c) *Teoria psihodinamică* a lui J. Masserman aduce în discuţie explicarea etiologiei şi a dinamicii clinice a bolilor psihice prin factori dinamici specifici ai proceselor morbide.
4. *Etapa interpretării sociogenetice a bolilor psihice*, susţinută de unii autori, fixează dominant cauzele tulburărilor psihice în afara factorilor mediului social, ceea ce face, în mod justificat, de altfel, ca atenţia să fie concentrată asupra tulburărilor de adaptare şi a tulburărilor de comportament, cu consecinţe asupra comunicării şi a relaţiilor interpersonale. În spiritul acestei concepţii, distingem următoarele puncte de vedere :
   a) *Teoria interpersonală a genezei bolilor psihice*, propusă de H.S. Sullivan, care susţine că bolile psihice sunt „conflicte" de întâlnire, interpersonale, de acord, în cadrul comunicării interumane. O stare de alienare a relaţiilor cu ceilalţi.
   b) *Teoria explicării sociogenetice* a lui J.L. Moreno apelează la natura relaţiilor interpersonale, la dinamica acestora, atât în geneza conflictelor, cât şi în lichidarea acestora. Metoda sociometriei şi psihodrama reunesc ambele aspecte şi le ilustrează.
   c) *Teoria sociogenetică a bolilor psihice* a lui R. Bastide este precedată de studiile întreprinse de Şcoala franceză de sociologie (E. Durkheim, M. Halbwachs), în special de cele referitoare la explicarea genezei plurifactoriale a suicidului şi homicidului. Un loc aparte în această direcţie îl ocupă R. Bastide, care studiază „sociologia bolilor psihice", precum şi studiile ulterioare ale lui Hollinshead şi Redlich, referitoare la epidemiologia bolilor psihice.
5. *Etapa studiilor de genetică şi de psihofarmacologie* a bolilor psihice a dus la noi rezultate interesante şi de o mare importanţă ştiinţifică în elucidarea cauzelor şi a mecanismelor de producere şi evoluţie clinică a bolilor psihice. În această direcţie se înscriu următoarele orientări de cunoaştere ştiinţifică :
   a) *Studiile de genetică* a bolilor psihice, care au dovedit existenţa unor alterări cromozomiale specifice în cazul unor boli psihice şi riscul transmiterii genetice a acestora.
   b) *Studiile de psihofarmacologie* a bolilor psihice (J. Delay şi P. Denicker, Gross şi Kaltenbäck) au pus în evidenţă existenţa unor mecanisme şi tulburări intracelulare

de natură biochimică şi metabolică în geneza tulburărilor psihice, precum şi corectarea lor terapeutică.

6. *Etapa studiilor de psihoigienă şi sănătate mintală* aduce o nouă „viziune" sau imagine a bolii psihice, precum şi o nouă „atitudine" faţă de bolnavul mintal. Se pune accentul pe psihoprofilaxia bolilor psihice, ameliorarea condiţiilor de asistenţă psihiatrică şi recuperarea postcritică a bolnavilor psihic convalescenţi sau cu defecte postprocesuale.
7. *Etapa studiilor sintetice* cu caracter complex privind bolile psihice reuneşte următoarele direcţii de cercetare ştiinţifică:
   a) *Studiile de „psihiatrie sistematică "* ale lui P. Berner.
   b) *Studiile de clasificare şi sistematizare statistico-medievală* a bolilor psihice după criterii multiaxiale (etiologie, tablou clinic, evoluţie, prognostic etc.) ale Şcolii Americane de Psihiatrie (DSM).
   c) *Studiile de sistematizare şi ordonare a bolilor psihice* după criterii multifactoriale ale Şcolii Europene de Psihiatrie (AMDP).

IV. *Etapa reacţiei antipsihiatrice* pune în discuţie legitimitatea psihiatriei ca ştiinţă umană şi ca specialitate medicală. Acest punct de vedere este expresia „crizei" unor sisteme de gândire şi a atitudinilor care decurg de aici faţă de bolnavul mintal şi boala psihică. Aceste atitudini vin din două direcţii:

a) *Direcţia de gândire filozofică*, reprezentată de M. Foucault, care consideră „psihiatria" drept o formă mascată a puterii, o variantă a igienei sociale, legată de „frica de nebunie" şi de tendinţa de izolare-închidere a nebunilor.
b) *Direcţia de acţiune medico-psihiatrică*, reprezentată de Szasz, Cooper şi Laing. Aceştia pun în discuţie conceptul de „boală psihică", formele clinice ale acesteia şi regimul de tratament şi internare. Pentru ei, „boala psihică" este o „invenţie a psihiatrilor", un abuz de putere care atentează la libertatea individuală.

Etiologia bolilor psihice studiază cauzele şi condiţiile care duc la apariţia tulburărilor psihice. Acest model de înţelegere a producerii fenomenelor psihice morbide este preluat ca modalitate de gândire din sfera medicinei somatice, dar în cadrul clinicii psihiatrice el dobândeşte particularităţi noi. Psihopatologia este interesată de problemele etiologiei numai în măsura în care aceasta explică geneza fenomenelor psihice morbide, motiv pentru care vom prezenta acest aspect într-o manieră sintetică.

Din punct de vedere etiologic, bolile psihice se împart în două categorii: *boli exogene*, care recunosc o cauză exterioară personalităţii, şi *boli endogene*, a căror cauză există ca o stare potenţială sau ca o „dispoziţie latentă" în înseşi structura şi dinamica personalităţii umane.

În cazul afecţiunilor psihice exogene, cauzele externe care pot produce tulburări psihice sunt grupate în următoarele categorii:

1. *Factori fizici externi*, realizând acea grupă de manifestări cunoscută sub denumirea de „tipul exogen de reacţie", descrisă de K. Bonhoeffer, în care intră: traumatismele cranio-cerebrale, intoxicaţiile, infecţiile etc. Manifestările psihopatologice care apar consecutiv acţiunii acestor factori sunt reprezentate, de regulă, printr-un sindrom confuzional (confuzie mintală, obnubilare etc.).
2. *Factori psihotraumatizanţi de natură emoţional-afectivă*, care pot perturba echilibrul psihic, manifestându-se de regulă prin stări reactive de forme diferite (reacţii patologice la evenimentele vieţii trăite, reacţii ale personalităţii) sau stări nevrotice, de un mare polimorfism.

3. *Factori de alte tipuri*, reprezentaţi prin: oboseală prelungită, stări conflictuale, schimbări de mediu sau profesionale, boli somatice grave sau cronice etc.
4. *Factori asociaţi*: psihogeni (traume emoţional-afective, frustrări, carenţe emoţionale), carenţe educative, dificultăţi de adaptare, integrare socială, familială, şcolară, profesională, factori fizici (toxici, traumatici) etc.

În cazul afecţiunilor psihice endogene, cauzele care produc starea de dezechilibru psihic se află în „interiorul" sistemului personalităţii, reprezentat prin „dispoziţiile" acesteia de ordin constituţional către un anumit tip de boală mintală. La baza endogenităţii tulburărilor psihice stă „endonul", pe care H. Tellenbach l-a descris ca fiind „unitatea, baza configuraţiei individuale, ca instanţă creatoare a evenimentelor vieţii". El reprezintă totalitatea „fenomenelor psihice cu caracter ritmic, periodic (ritmul somn/veghe, ciclul menstrual, aportul alimentar, activitatea sexuală etc.) care concură la dinamica globală a personalităţii". Tulburarea „ritmului endogen" duce la apariţia unor grave şi variate tulburări psihice ale sistemului personalităţii (psihozele schizofrenice, psihoza maniaco-depresivă etc.), pe care le vom studia mai departe.

Ceea ce trebuie reţinut este faptul că „sistemul personalităţii" se dispune între acţiunea „factorilor exogeni" şi cea a „factorilor endogeni", starea de echilibru psihic, precum şi cea de dezechilibru fiind rezultantele „jocului" dintre aceşti factori şi „modalităţile de răspuns" ale personalităţii.

Din cele de mai sus se poate desprinde faptul că evoluţia cunoaşterii „cauzelor" bolilor psihice, „descoperirea" şi „înţelegerea" mecanismelor de acţiune ale acestora s-au realizat treptat, în etape succesive, conform procesului de formare şi evoluţie a gândirii psihiatrice.

Psihopatologia, care are ca obiectiv înţelegerea semnificaţiilor fenomenelor psihice morbide, interpretează boala psihică în contextul psihobiografiei persoanei bolnavului, scoţând în relief dimensiunea ontologică a acesteia, spre deosebire de psihiatrie, care se interesează de tablourile clinice sau de „speciile medicale" ale suferinţei psihice. În contextul acestui model de gândire psihopatologică, cauzele bolilor psihice apar ca „accidente" care întrerup şi modifică evoluţia personalităţii individului, realizând un alt tip de existenţă, reprezentată prin modelul bolii mintale ce înlocuieşte evoluţia normală a psihobiografiei acestuia.

Evoluţia bolilor psihice

Interpretarea „evoluţiei clinice" a bolilor psihice reflectă modalitatea de gândire şi de înţelegere a dinamicii acestora. În sensul acesta, avem două tipuri de „modele de evoluţie": *modelul clinico-psihiatric* şi *modelul psihopatologic*.

1. Modelul clinico-psihiatric

În conformitate cu acest model de evoluţie clinică, se consideră că bolile psihice pot fi *constituţionale* (oligofreniile, psihopatiile) sau *dobândite* (acute sau cronice). În prima categorie avem de-a face cu personalităţi imature ca nivel de dezvoltare globală sau anormal structurate. În cel de-al doilea caz avem de-a face cu personalităţi normale, dar care au suferit transformări patologice ulterioare, fie din cauza unor factori etiologici exogeni, fie din cauza unor condiţii endogene.

În evoluţia bolilor psihice remarcăm mai multe etape:

Debutul clinic al bolii este prima fază a evoluţiei clinice şi poate fi de următoarele forme:

a) brusc, ca în cazul stărilor reactive, al nevrozelor, episoadelor confuzionale etc.;
b) lent şi progresiv, ca în cursul demenţelor, al psihozelor etc.

Evoluţia clinică propriu-zisă cuprinde mai multe faze, şi anume:

a) faza prodromală, corespunzătoare debutului, manifestărilor subclinice;
b) faza de stare, în cursul căreia asistăm la manifestarea propriu-zisă a desfăşurării evoluţiei clinice a bolii psihice;
c) faza terminală, de retragere a simptomatologiei clinice, de remisiune a tulburărilor.

Modalităţile de evoluţie clinică în cazul bolilor psihice sunt următoarele:

a) evoluţia acută simplă cu caracter tranzitoriu, aşa cum este întâlnită în episoadele confuzionale, stările reactive, nevroze;
b) evoluţia continuă, de lungă durată, cu modificări ale sistemului personalităţii, schimbarea atitudinii şi a relaţiilor cu lumea şi mediul, deteriorarea progresivă şi în diferite grade a personalităţii, aşa cum este întâlnită în cursul evoluţiei clinice a psihozelor şi stărilor demenţiale;
c) evoluţia clinică remitentă sau intermitentă, de tip periodic, ciclic, sub formă de „accese" care survin periodic, cu o ritmicitate regulată, separate între ele de faze de remisiune sau de ameliorare, ca în cazul psihozelor periodice (boala afectivă, PMD, ciclofenia, dipsomania);
d) momentul lucid, reprezentat, în cursul evoluţiei clinice a unor afecţiuni psihice, prin suprimarea temporară şi completă a manifestărilor psihopatologice;
e) remisiunea, starea de atenuare marcată, putând merge până la dispariţia completă a simptomelor clinice. Atenuarea simptomatologiei clinice, în sens de ameliorare a stării de sănătate, nu implică o dispariţie totală a simptomelor, ci numai o diminuare marcată a acestora în raport cu „tabloul clinic" propriu-zis.

Durata evoluţiei clinice are mai multe aspecte, în raport cu forma clinică a bolii şi durata evoluţiei acesteia:

a) forma supraacută sau tranzitorie, ce implică o evoluţie clinică de scurtă durată, rapidă, de numai câteva zile;
b) forma acută, ce implică o evoluţie clinică sub o lună de zile;
c) forma cronică a bolii psihice, care se caracterizează printr-o evoluţie îndelungată, cu tendinţă spre cronicizare – o stare psihopatologică permanentă a bolii.

Prognosticul clinic desemnează totalitatea consecinţelor produse de acţiunea factorilor etiologici morbigenetici asupra personalităţii, precum şi modalitatea de „terminare" a evoluţiei bolii psihice respective. În sensul acesta, avem de-a face cu următoarele tipuri de prognostic:

a) favorabil, cu remisiune completă, ameliorare sau vindecare;
b) defavorabil, cu remisiune clinică parţială, urmat de defect postprocesual;
c) grav sau sever, cu evoluţie clinică cronică, progresivă, urmată de degradarea ori deteriorarea ireversibilă a sistemului personalităţii.

2. Modelul psihopatologic

Acest model propus de K. Jaspers are la bază tipul de evoluţie a vieţii individuale, considerată ca o psihobiografie a individului în interiorul căreia boala psihică se înscrie

ca un „accident ontologic". Pentru K. Jaspers, personalitatea umană este un sistem dinamic complex aflat în continuă transformare. Această transformare se manifestă printr-o serie de „vârste-epoci", în condiţii normale, şi printr-o serie tipică de „fenomene psihopatologice", în condiţii de anormalitate psihică, manifestate prin *atacuri*, *faze* şi *procese*. În ceea ce priveşte evoluţia bolilor psihice, K. Jaspers remarcă două aspecte principale, şi anume :

a) pe de o parte, faptul că un proces psihopatologic schimbă cursul vieţii individului ;
b) pe de altă parte, faptul că evoluţia clinică a unei boli psihice este influenţată de vârsta pacientului, respectiv de etapa de viaţă a acestuia.

Plecând de la aceste aspecte, K. Jaspers formulează un model psihopatologic considerat de el drept „cursul tipic al bolii" sau evoluţia clinică a acesteia. Având în vedere caracterul funcţional şi criteriul organic al bolilor psihice, K. Jaspers distinge două tipuri de modele : *modelul funcţional*, în care intră atacul, faza şi perioada, şi *modelul organic*, în care intră procesul. Le vom analiza în continuare.

Modelul funcţional prezintă trei aspecte : atacul, faza şi perioada.

Faza este alternarea vieţii psihice de natură endogenă sau produsă de anumiţi stimuli încă insuficient cunoscuţi. Ea poate dura săptămâni, luni sau ani de zile, după care poate dispărea, fiind urmată de o restaurare completă. Fazele sunt reprezentate prin totalitatea stărilor mintale fluctuante, fie spontane, fie ca un rezultat al experienţelor şi evenimentelor fizice ale individului.

Atacul este o fază foarte scurtă ca durată. El constă, de regulă, într-un simptom izolat care provoacă o dezordine a personalităţii. Atacul este o manifestare comună pentru o mare diversitate de procese patologice.

Perioada este faza care revine cu regularitate, de origine endogenă, la anumite intervale de timp, separate între ele de etape de acalmie sau de remisiune. Perioadele constau într-o succesiune regulată a fazelor. În sensul acesta, pot fi menţionate următoarele exemple :

a) toate anormalităţile psihice asociate cu dezordinile personalităţii tind către periodicitate (stările compulsive, pseudologia fantastică, stările disforice etc.) ;
b) dezordinile afective severe cunoscute în psihiatria franceză *ca folie à double forme* şi *folie alternante* ;
c) periodicitatea unor simptome care stau la baza dezvoltării unor viitoare boli procesuale (bufeurile delirant-halucinatorii, fazele de debut ale schizofreniei).

Modelul organic, de regulă exogen, este caracterizat prin instalarea unui proces. După K. Jaspers, când unii factori noi intervin în modificarea vieţii psihice contrastând cu modelul de dezvoltare a vieţii individuale, se vorbeşte de *fază*. Când se produce o modificare durabilă în viaţa psihică, se vorbeşte despre un *proces*. Trebuie, din acest motiv, să se facă diferenţa între *proces*, ca fenomen psihopatologic complex şi durabil, în raport cu *faza*, care este un fenomen psihopatologic reconvertibil.

Procesele cuprind un foarte mare grup de afecţiuni psihice, diferite ca formă şi etiologie. Cel mai tipic şi mai comun este procesul cauzat de o „boală organică cerebrală" şi care, din punctul de vedere al evoluţiei clinice, tinde să aibă un curs uniform.

În sensul acesta, pot exista procese legate de evoluţia îndelungată a unor psihoze endogene, care duc la o alterare tipică, severă a personalităţii, ca în cazul schizofreniei, sau procese cu evoluţie cronică, progresivă, care duc la o deteriorare gravă a personalităţii, aşa cum apar ele în cursul evoluţiei sindromului demenţial abiotrofic sau a altor sindroame psihoorganice cerebrale (traumatisme cranio-cerebrale, alcoolism, PGP etc.).

6. Semnificaţia epistemologică a procesului psihic morbid

Delimitarea şi cadrul problemei

Tulburarea psihică se înfăţişează ca o schimbare a naturii fiinţei umane. Ea modifică persoana prin înlocuirea, în diferite grade de intensitate şi *forme* de prezentare, a vieţii sufleteşti interioare. Aceasta are drept urmare fie întreruperea, fie schimbarea modului de „a fi" al persoanei respective. Din acest punct de vedere, „procesul psihic morbid", dincolo de aspectele sale clinico-psihiatrice, trebuie considerat şi înţeles ca un „accident ontologic" sau chiar ca un „mod de a fi negativ" al fiinţei umane comparativ cu „modul de a fi pozitiv", specific stării de normalitate sau de *sănătate mintală* a acesteia.

Orice analiză psihopatologică având ca obiect studiul fenomenelor psihice morbide trebuie să explice semnificaţia naturii tulburării psihice şi să-şi organizeze tematic concluziile teoretice ale cunoaşterii acesteia într-un „discurs epistemic" capabil să o explice.

Cunoaşterea bolii psihice reprezintă un model particular de „cunoaştere a celuilalt", în cazul de faţă persoana celuilalt fiind „bolnavul psihic". Această cunoaştere nu diferă cu nimic în comparaţie cu actul de cunoaştere a oricărui alt individ sănătos sau aflat în situaţii speciale de viaţă[1]. Această cunoaştere se bazează pe *observaţia* (*voir*) şi *ascultarea* (*écouter*) celuilalt[2] sau, mai exact, pe „discursul narativ" al bolnavului[3].

Două aspecte intră în discuţie : pe de o parte, cunoaşterea persoanei bolnavului aşa cum se poate desprinde din observarea comportamentului acestuia şi din relatările trăirilor sale, iar pe de altă parte, din analiza conţinutului „discursului narativ" al acestuia, considerat ca „material-document" clinic.

Orice „discurs clinic" este centrat tematic în jurul suferinţei, care este descrisă ca o modalitate personală, nouă, neobişnuită de „a fi" trăită de persoana bolnavului. Faptul este valabil atât în cazul „suferinţelor somatice", cât şi în cazul „suferinţelor psihice", numai că diferă „atitudinea" bolnavului narator faţă de tema suferinţei (somatică sau psihică), cât şi „modalitatea de conştientizare" a acesteia, „acceptată" sau „refuzată" de bolnav ca boală.

---

1. C. Enăchescu, *Experienţa vieţii interioare şi cunoaşterea de sine. De la Socrate la Freud*, Editura Fast Print, Bucureşti, 1997 ; C. Enăchescu, *Tratat de psihologie morală*, Editura Tehnică, Bucureşti, 2002 ; C. Enăchescu, *Fenomenologia nebuniei*, Editura Paideia, Bucureşti, 2003.
2. M. Foucault, *Naissance de la clinique*, PUF, Paris, 1963 ; M. Foucault, *Les mots et les choses*, Gallimard, Paris, 1966.
3. C. Enăchescu, *Tratat de psihanaliză şi psihoterapie*, Editura Didactică şi Pedagogică, Bucureşti, 1998.

Orice „naraţiune clinică” ce expune suferinţa are, dincolo de „obiectivitatea” sa, o mare încărcătură subiectiv-emoţională întrucât fiecare bolnav are, în mod firesc, tendinţa de a relata, în primul rând şi adesea chiar în exclusivitate, ceea ce *crede* şi *simte* el că este important, ceea ce-l *impresionează* în mod deosebit şi reprezintă pentru el un „pericol”, chiar dacă de fapt lucrurile nu stau deloc aşa. În toate situaţiile, relatările bolnavilor sub forma „naraţiunii clinice” reprezintă „materialul brut” sau „primar” din care se reconstituie de către observatorul de specialitate, medic sau psiholog, „discursul clinic” ordonat obiectiv-ştiinţific. Trecerea de la „naraţiunea bolnavului” la „discursul clinic” reprezintă un *act de ordonare serială a faptelor* relatate care îi revine medicului sau psihologului.

Discursul clinic reprezintă materialul obiectiv „extras” din naraţiunea clinică a bolnavului observat, din care medicul sau psihologul observator vor construi „cadrul epistemic” formalizat şi care, în final, exprimat concentrat în „diagnosticul clinic”, va desemna codul epistemic al „conceptelor clinice” sau „imaginile suferinţei”, respectiv *bolile psihice.*

Organizarea şi semnificaţia discursului clinic

Orice „discurs clinic” are o dublă origine: *empirică* şi *ştiinţifică.* El se constituie, aşa cum am mai spus, în cadrul relaţiei de coprezenţă dintre „observat” (bolnavul psihic) şi „observator” (medic şi/sau psiholog).

Latura empirică a acestuia este reprezentată de „discursul narativ” al bolnavului care-şi expune propria suferinţă, resimţită ca o „schimbare” de factură anormală a naturii sale. Latura ştiinţifică a „discursului clinic”, reprezentată prin discursul medico-psihologic, este rezultatul unei elaborări a intelectului analitic-cunoscător al medicului sau psihologului, care, plecând de la informaţiile cuprinse în conţinutul „discursului narativ” al bolnavului, elaborează printr-o codificare ştiinţifică relatările subiective trăite de acesta, sub forma „simptomelor clinice”. Discursul epistemic final este rezultatul unei duble analize clinico-psihologice de „ascultare a suferinţei” şi de „observare a bolnavului” care se desfăşoară în „spaţiul clinicii psihiatrice”.

Discursul clinic devine, în felul acesta, o structură semantică particulară şi complexă, organizată din „simptome clinice” în care sunt cuprinse „acuzele bolnavului”. El este organizat logic, sub forma „sindroamelor clinice” (complexe de simptome asociate în structuri clinice constante) sau sub forma „tablourilor clinice”, respectiv boli psihice cu o configuraţie precisă, constantă.

În felul acesta, „discursul clinic” devine cadrul teoretic epistemic care exprimă într-un limbaj ştiinţific „suferinţa psihică” văzută ca „boală mintală”, făcând, în felul acesta, trecerea de la „cazuistica empirică” la „cadrul teoretic” al unei riguroase „cunoaşteri ştiinţifice” medico-psihologice.

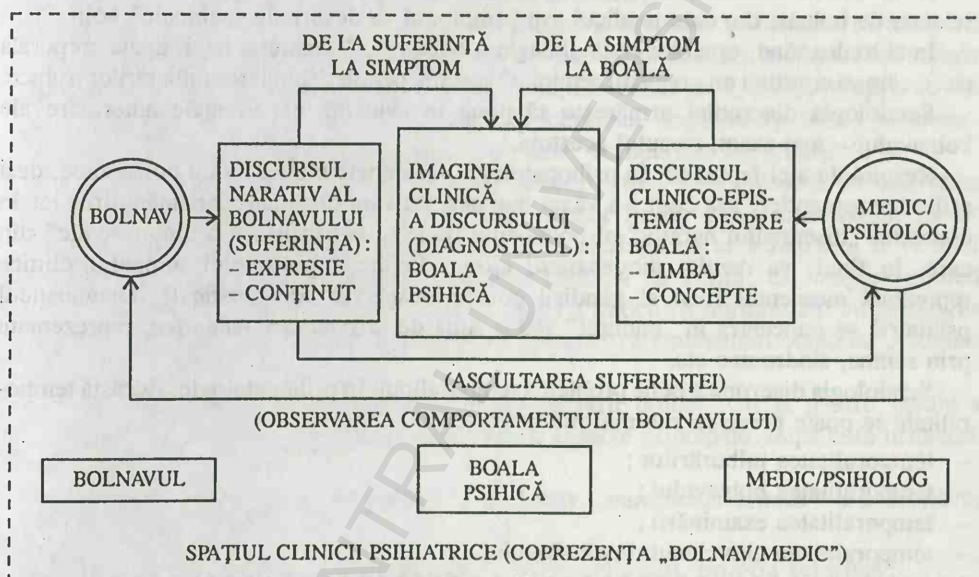
Orice *discurs*, fie că este vorba despre „naraţiunea clinică” a bolnavului despre el însuşi, fie că este vorba despre „discursul clinico-medico-psihologic” despre bolnav şi boala psihică, are un conţinut şi o semnificaţie simbolică pe care le vom explica mai departe.

Naraţiunea clinică a bolnavului prezintă două grupe principale de conţinuturi, care caută „să comunice” şi, în acelaşi timp, „să explice” interlocutorului propria suferinţă.

Această „comunicare" este posibilă printr-o *autocomparare* a *stării actuale*, modificată de procesul patologic, cu *starea anterioară*, considerată normală. Din acest motiv, în cuprinsul naraţiunii sale, bolnavul se va raporta, pe de o parte, la „cel care a fost", în comparaţie cu „cel care este", iar pe de altă parte, la „celelalte persoane", faţă de care se simte diferit.

Diagnosticul clinic, medico-psihologic, întrucât rezultă din „prelucrarea" materialului narativ al bolnavului, va compara la rândul său „criteriile normalităţii" şi „simptomatologia anormalităţii", operând în felul acesta o analiză a modului în care „este" bolnavul în raport cu normalitatea individuală şi cea a grupului sociouman.

Aspectele mai sus discutate, referitoare la „diagnosticul psihiatric" ce are ca obiectiv desemnarea „bolii psihice", sunt expuse în schema de mai jos.



Semantica „discursului epistemic" în psihopatologie

În sfera psihiatriei clinice, *simptomul* este cel care fixează sau atribuie semnificaţie suferinţei psihice. Prin aceasta se relevă importanţa sa majoră în constituirea *câmpului epistemic* referitor la *boala* psihică, plecând de la analiza şi interpretarea „fenomenelor psihice morbide". Pentru H. Hjemselv, *simptomul* este elementul lingvistic din care se construieşte „metalimbajul ştiinţific". Prin aceasta, *simptomul* clinic este cel care „construieşte" şi atribuie semnificaţie „câmpului epistemic" al psihopatologiei, dar, în egală măsură, şi celui al psihiatriei clinice, psihanalizei, medicinei psihosomatice etc.

Pentru G. Lanteri-Laura, „discursul clinic" este constituit din „câmpul semiologiei psihiatrice" şi reprezintă „câmpul epistemic medical". Din aceste considerente, ne vom concentra asupra analizei semiologiei psihiatrice.

Semiologia psihiatrică prezintă două aspecte specifice :

– *semiologia sincroniei*, care priveşte simptomatologia bolnavului în momentul întâlnirii cu medicul/psihologul şi examinarea acestuia de către specialişti ;
– *semiologia diacroniei*, în care medicul/psihologul explorează starea bolnavului prin întoarcerea în trecutul acestuia.

Semiologia sincroniei este cea care pune în evidenţă „aspectele extrinseci" ale suferinţei psihice din prezent, aşa cum sunt ele observate de către medic sau psiholog la data întâlnirii cu bolnavul psihic şi examinării acestuia (angoasă, halucinaţii, delir, depresie, idei sau tentative de suicid etc.). În această situaţie, bolnavul psihic apare în „câmpul observaţiei" ca o persoană „încărcată" de tulburarea psihică, pe care o comunică, sub forma „naraţiunii clinice" sau a „istoriei sale personale", persoanei observatorului. Acesta este primul moment.

În al doilea moment, se trece la degajarea „aspectelor intrinseci" ale suferinţei relatate de bolnav, din care medicul sau psihologul va desprinde „semnele" bolii.

În al treilea rând, este observată „imaginea bolnavului" (expresia feţei, ţinuta corporală etc.), care va constitui un „registru semiotic" specific pentru delimitarea tulburărilor psihice.

Semiologia diacroniei urmăreşte să pună în evidenţă experienţele anterioare ale bolnavului – mai exact, trecutul acestuia.

Rezultă de aici faptul că, în psihopatologie, „semnele clinice" sunt polisemice, deşi ariile lor semantice, aşa cum s-a văzut mai sus, nu sunt disjuncte, iar înlănţuirea lor în contextul „discursului narativ" al bolnavului tinde să construiască o „monosemie" din care, în final, va rezulta *diagnosticul clinic.* Reducţia polisemiei semnelor clinice reprezintă momentul final al gândirii clinice, respectiv „diagnosticul". Diagnosticul psihiatric va concentra în „enunţul" său o suită de *ansambluri semiotice*, reprezentate prin semne, sindroame etc.

Semiologia diacronică pune problema temporalităţii în psihopatologie. Această temporalitate se poate prezenta sub mai multe aspecte :

– temporalitatea tulburărilor ;
– temporalitatea bolnavului ;
– temporalitatea examinării ;
– temporalitatea clinicianului/psihologului.

Fiecare bolnav se reprezintă pe sine, în fiecare moment, ca fiind plasat în „lumea propriilor amintiri" (sub forma propriului „personaj", la care face în mod permanent referire), pe care le relatează, aducându-le din trecut în prezent, în contextul actual al coprezenţei bolnav-medic. În această situaţie, sarcina observatorului (medic/psiholog) este dublă în ceea ce priveşte ordonarea semiologiei, întrucât este obligat să aibă în vedere următoarele :
– analiza datelor relatate de bolnav ;
– analiza modului în care se face relatarea de către bolnav (atitudinea acestuia faţă de propria suferinţă).

Semiotica diacronică este o semiologie a evoluţiei, care ne revelează faptul că *boala psihică* are un caracter de *procesualitate.* Ea reconstituie „istoria bolii", iar prin aceasta ne dezvăluie dimensiunea ontologică a bolii psihice, care, în felul acesta, se înscrie în psihobiografia bolnavului.

Semiologia psihiatrică are ca scop reconstituirea sau, mai exact, construirea domeniului „cunoaşterii clinice" – sau „epistemologia psihopatologică". Este absolut clar faptul

că sfera „cunoaşterii psihiatrice" îşi trage substanţa din „semiologia clinică". În sensul acesta, G. Lanteri-Laura, parafrazându-l pe J. Locke, spune: *Nihil in clinica, quod primus in semiotica non fuerit.*

Funcţiile discursului clinic şi narativ

Arătam mai sus că naraţiunea clinică a bolnavului urmăreşte să „comunice" conţinutul suferinţei, iar discursul clinic medico-psihologic urmăreşte să „explice" semnificaţia ştiinţifică a suferinţei bolnavului, considerată ca boală. Şi într-un caz, şi în altul, atât naraţiunea bolnavului, cât şi discursul medico-psihologic se construiesc în jurul unei teme centrale, reprezentată prin „sentimentul alteralităţii".

Orice discurs clinic este o „expunere despre alteralitate". Sentimentul alteralităţii rezultă ca o sinteză în câmpul conştiinţei de sine a bolnavului în raport cu suferinţa produsă de „schimbarea" naturii sale. El constă, în primul rând, din „percepţia de sine" a bolnavului şi din „reprezentarea de sine" ca schimbare negativă a propriei persoane. În al doilea rând, el constă în „schimbarea de sine" comparativ cu ceilalţi.

Discursul epistemic va converti, cum spuneam mai sus, *suferinţa* în *alteralitate*, proces patologic sau boală. El reprezintă sinteza finală a raţionamentului medico--psihologic, care, plecând de la „observarea" suferinţei ca anormalitate, îi va atribui semnificaţia simbolică de boală. Conceptul medical de *boală*, ca *imagine clinică* a persoanei şi ca semnificaţie medico-psihologică a înlocuirii normalităţii cu patologicul, reprezintă concluzia epistemică la care „se opreşte" raţionamentul odată cu „momentul diagnosticului".

Discursul clinic are funcţii precise, atât pentru bolnav, cât şi pentru medic sau psiholog. Am desprins în sensul acesta câteva aspecte principale, după cum urmează în continuare.

Funcţiile „discursului bolnavului", respectiv „naraţiunea clinică" a acestuia sunt următoarele:

a) *funcţia expresivă*, de a comunica în exterior, celorlalţi, propria suferinţă;
b) *funcţia proiectivă*, de exteriorizare a suferinţei resimţite drept ceva „străin", „impropriu";
c) *funcţia de transfer*, înrudită cu precedenta, ce constă în actul de *separare* sau de *desprindere* a persoanei de propria suferinţă;
d) *funcţia de catharsis*, ce are semnificaţia „descărcării tensionale" date de suferinţă, resimţită ca o stare negativă de care bolnavul vrea să se desprindă.

În ceea ce priveşte „discursul clinic medico-psihologic", acesta are o configuraţie şi funcţii diferite. Discursul clinic reprezintă „câmpul epistemic" care relatează şi explică suferinţa ca „boală" din perspectiva unei organizări ştiinţifice riguros raţionale a stării de alteralitate în comparaţie cu normalitatea. El are un caracter strict codificat ca limbaj, cu structură semantică, obiectivând în felul acesta subiectivul suferinţei.

Atât *naraţiunea bolnavului*, cât şi *discursul clinic* au forme sau „modele" diferite, care exprimă, pe de o parte, atitudinile faţă de suferinţa şi boala psihică, iar pe de altă parte, etapele de constituire a acestor „modele".

Modelele de „naraţiune a suferinţei" ca alteralitate

Ne vom referi în continuare la principalele tipuri sau modele de „naraţiune a suferinţei", aşa cum sunt ele întâlnite în cursul observaţiei clinice a bolnavilor psihic. Cele mai importante şi frecvente forme de naraţiune clinică a bolnavilor psihic sunt următoarele:

1. *Tipul apelativ* reprezintă forma de naraţiune prin care se face apel la ajutor sau protecţie, legat de nevoia de securitate dată de tensiunea internă şi de neliniştea produsă de boală.
2. *Tipul disimulativ* este caracterizat prin tendinţa bolnavului de a ascunde propria suferinţă şi de a căuta, cu orice preţ, să pară normal în faţa celorlalţi.
3. *Tipul care bravează* este bolnavul care prin naraţiunea sa nesocoteşte propria suferinţă, o minimalizează sau caută, cel puţin formal, să o refuze, deşi îi recunoaşte existenţa şi consecinţele.
4. *Tipul resemnat* este cel care cedează în faţa propriei suferinţe, iar din discursul său rezultă faptul că este copleşit de aceasta şi refuză să lupte împotriva ei, relatând un punct de vedere catastrofic pentru propriul destin.
5. *Tipul victimizat* este bolnavul care manifestă o stare de regresiune psihică din cauza bolii, ceea ce-l face să se considere o „victimă" a unor situaţii nefericite de viaţă, reale sau imaginare, la care se adaugă nevoia de a fi compătimit şi ocrotit.
6. *Tipul revoltat* este discursul narativ al bolnavului care, având conştiinţa bolii sale, o refuză, caută explicaţii, soluţii, luptă să se desprindă de suferinţă.
7. *Tipul fabulativ* reprezintă un tip de naraţiune clinică deosebit de bogată, colorată şi care se schimbă frecvent. Este tipul de discurs al bolnavilor care-şi construiesc o veritabilă „istorie personală" a propriei suferinţe, complicată şi încărcată cu o producţie imaginară morbidă, neverosimilă, fantasmatică, în scopul de a atrage atenţia asupra lor, de a fi mereu în „prim-plan", de a fi „interesanţi".

Modelele de „naraţiune a suferinţei" descrise mai sus corespund de fapt unor „tipologii structurale" specifice ale bolnavilor mintal şi exprimă „atitudinea" faţă de boală şi modalitatea de „trăire" a bolii de către respectivii bolnavi.

Referitor tot la „naraţiunea suferinţei" de către bolnavii psihic, trebuie avute în vedere câteva lucruri deloc neglijabile: forma de expresie a acesteia, vocabularul folosit, construcţia contextului narativ, conţinutul acestuia, modalitatea de explicare a propriilor trăiri relatate. Aceste aspecte legate de „construcţia naraţiunii clinice" depind de nivelul intelectual al bolnavilor, de bagajul lor cultural, de imaginaţie şi sensibilitatea afectivă, de capacitatea de comunicare.

Modelele epistemice ale bolii psihice

Aşa cum spuneam mai sus, modelul epistemic al „anormalităţii psihice" reprezentat prin conceptul de „boală mintală" îşi are sursa în „naraţiunea bolnavilor" şi este o prelucrare medico-psihologică a acesteia din urmă. Analiza „modelelor epistemice" ale bolii psihice exprimă însăşi evoluţia modelelor de gândire medico-psihologică având ca temă „suferinţa psihică". Vom analiza în cele ce urmează aceste modele epistemice ale bolii psihice.

1. *Modelul cultural* de boală psihică raporta această „schimbare” a persoanei la modificarea sistemului de valori moral-religioase şi culturale. Boala psihică era considerată, sub aspect cultural, o „nebunie divină” (*theamania*) la Platon sau o „pedeapsă divină” la tragicii greci (Sofocle, Euripide).
2. *Modelul magic* considera boala o expresie a unui „discurs demoniac” legat de o stare de posesiune a individului, aşa cum este ea văzută în contextul culturilor şamanice.
3. *Modelul moral* sau, mai exact, „medico-moral” (Ph. Pinel) înţelege boala ca fiind expresia unui discurs al suferinţei sufleteşti şi morale a individului, putând beneficia, din acest motiv, de un tratament moral.
4. *Modelul anatomoclinic*, reprezentat de Griessinger, fixează substratul bolilor psihice în creier, afirmând că „bolile psihice sunt boli ale creierului” (*Geisteskranken sind Gehirnkranken*).
5. *Modelul clinico-psihiatric*, susţinut de E. Kraepelin şi E. Bleuler, reintroduce discursul clinic ca rezultat al datelor de observaţie a bolnavilor şi mai ales al „discursului narativ” al acestora, descriind primele „forme clinice” care au constituit baza gândirii psihiatrice moderne.
6. *Modelele inspirate* din „interpretarea filozofică” a „fenomenelor psihice morbide” au dus la configurarea unor „categorii clinice” bazate pe cunoaşterea şi explicarea semnificaţiilor vieţii sufleteşti în stare de anormalitate. Metodele filozofice vor contribui la abordarea şi explicarea „fenomenelor psihice morbide” prin investigarea naturii lor, luându-se ca temă de analiză „subiectul uman”. Menţionăm în această privinţă câteva dintre cele mai semnificative şi mai cunoscute modele epistemice ale bolii psihice în acest sens:
   - *modelul fenomenologic-comprehensiv* (K. Jaspers);
   - *modelul existenţial* (L. Binswanger);
   - *modelul hermeneutic* (H. Tellenbach).
7. *Modelul psihanalitic* (S. Freud) reprezintă un moment esenţial în evoluţia metodologiei clinice şi a modului de a gândi suferinţa psihică şi bolnavul psihic. Modelul psihanalitic se bazează în principal pe analiza contextului narativ al bolnavului, din care este reconstituită psihobiografia sau „istoria vieţii interioare” a bolnavului, cu toate evenimentele vieţii acestuia, insistându-se pe situaţiile psihotraumatizante.
8. *Modelul de evaluare criteriologică statistico-diagnostică* a bolilor psihice are caracter de „inventar clinic”. El este un sistem de definire, descriere şi clasificare a tulburărilor psihice, nu atât după „discursul clinico-medical”, cât mai ales după tipul de anormalitate şi modelele de evoluţie a proceselor psihice morbide.
9. *Modelul sistematic* este tipul de clasificare a bolilor psihice introdus de P. Berner şi care urmăreşte combinarea datelor clinice cu cele de ordin psihopatologic şi psihologic.
10. *Modelul biologic* este „separat”, cel puţin aparent, de orice raport cu contextul narativ al suferinţei bolnavului. Acesta consideră boala psihică din acelaşi punct de vedere pozitivist ca şi boala somatică. În spiritul acestei concepţii, boala psihică este înţeleasă ca o tulburare cu substrat organic cerebral sau de ordin genetic şi biochimic. Acest punct de vedere într-o marcată dezvoltare este susţinut de progresele şi succesele

înregistrate de psihofarmacologie, care a schimbat complet aspectul clinicii psihiatrice, formele clinice şi evoluţia bolilor psihice. Dincolo de aceste aspecte incontestabil valoroase, latura umană a suferinţei psihice rămâne însă o problemă fundamentală pe care progresul psihiatriei biologice nu o poate explica.

11. *Modelul antipsihiatric* a reprezentat un moment de „criză epistemică" în evoluţia gândirii şi a practicii psihiatriei moderne. Negând orice aspect negativ al vieţii psihice, catalogat ca fiind patologic, curentul antipsihiatric considera boala psihică drept un construct artificial, inexistent în realitate, produs de gândirea medico-psihiatrică. Se producea în felul acesta o „ruptură epistemică" între „naraţiunea clinică a bolnavilor" şi „discursul epistemic al psihiatrilor". Boala mintală înceta să mai existe, fiind un produs al unui „discurs clinic artificial".
12. *Modelul igienei mintale* este un punct de vedere lărgit, care tratează tematic boala psihică, asemenea unei stări de anormalitate opuse calitativ stării de normalitate reprezentate prin conceptul de sănătate mintală. Igiena mintală aduce în discuţie două „modalităţi de a fi" ale vieţii psihice egal posibile : *sănătatea mintală* şi *boala psihică*. Ambele forme pot fi controlate prin măsurile de protecţie reprezentate de psihoprofilaxie, care urmăreşte protejarea şi dezvoltarea stării de sănătate mintală, precum şi prevenirea bolilor psihice sau recuperarea completă a bolnavilor psihic.

Se poate desprinde din cele de mai sus faptul că atât starea de normalitate (sănătatea mintală), cât şi starea de anormalitate (boala psihică) au o istorie comună. Ele sunt produsul unor analize complexe şi de o mare varietate metodică ale vieţii sufleteşti, în care locul principal este deţinut de „discursul epistemic" despre boala psihică.

7. Conceptele şi limbajul ştiinţific în psihologie şi psihopatologie

Aspecte generale

În orice domeniu ştiinţific, constituirea *limbajului* este rezultatul evoluţiei gândirii şi acumulării cunoştinţelor în domeniul respectiv. Acest lucru este atât de important, încât putem afirma că „orice progres al unei ştiinţe poate fi interpretat ca un efort constând în trecerea de la *cuvântul-cheie* la *cuvântul-semn*, în scopul obiectivării obiectului său" (Y. Belaval).

Domeniul unei ştiinţe se constituie concomitent cu formarea „limbajului" acesteia. *Terminologia* unei ştiinţe este etapa denominativă a obiectului sau a obiectelor cunoaşterii din sfera ştiinţifică respectivă. A doua etapă este cea de *formulare* a relaţiilor dintre obiectul ştiinţei respective şi gândirea cercetătorului. Cea de-a treia etapă este de constituire a *discursului ştiinţific* care se desprinde de gândirea cercetătorului şi desemnează în termeni „verbal-conceptuali" domeniul ştiinţei respective. Se ajunge, în felul acesta, ca limbajul ştiinţific să înlocuiască *domeniul concret al obiectelor* cu *domeniul teoretic al cunoştinţelor despre obiectele respective.* Acest aspect are însă un caracter pur „operaţional", întrucât atenţia este fixată pe obiectele reale ale cunoaşterii. În orice caz, asistăm la existenţa a două domenii care se suprapun:

a) domeniul faptelor sau al fenomenelor şi obiectelor ştiinţei respective, ca date naturale;
b) domeniul limbajului, al enunţurilor şi discursului care „desemnează" sau „denumeşte" fenomenele ori obiectele respective şi care exprimă modul de înţelegere şi de utilizare a acestora pentru cercetătorul ştiinţific din domeniul respectiv.

Prima grupă o reprezintă „obiectul cunoaşterii", ceea ce este dat pentru a fi gândit şi cunoscut. Cea de-a doua grupă o reprezintă „limbajul ştiinţific" prin intermediul căruia obiectul este gândit, înţeles şi utilizat. Aceasta ar echivala cu o relaţie de tip *logos--cogito.*

Pentru Y. Belaval, în cazul ştiinţei, limbajul are o funcţie dublă: *descriptivă* şi *explicativă*. În planul observaţiei, limbajul are rolul de a descrie şi denumi un obiect concret, iar în planul înţelegerii naturii acestuia, de a-l explica. Este de la sine înţeles că, în centrul evoluţiei cunoaşterii ştiinţifice, *vocabularul ştiinţific* (limbajul descriptiv--denominativ) se va schimba, va evolua, perfecţionându-se odată cu amplificarea şi adâncirea gândirii ştiinţifice a obiectului sau, mai precis, a domeniului cunoaşterii ştiinţifice respective (limbajul explicativ).

Progresul unei ştiinţe se poate aprecia şi după nivelul limbajului acesteia, întrucât complexitatea acestui limbaj este expresia complexităţii, a bogăţiei, diversităţii şi profunzimii gândirii ştiinţifice în domeniul respectiv. Acest progres al cunoaşterii ştiinţifice poate fi remarcat în efortul de trecere de la etapa „cuvântului denominativ" la etapa „cuvântului conceptual" sau, altfel spus, de la observaţia care „denumeşte" la gândirea care „conceptualizează". De la *logos* la *cogito*.

Apare, în cazul acesta, în constituirea limbajului ştiinţific, ca expresie a cunoaşterii unui domeniu, un aspect interesant, care exprimă evoluţia cunoaşterii ştiinţifice: *cunoaşterea*, ca act de „gândire a obiectului" ştiinţei, se poate separa în două momente:

a) momentul denominativ şi descriptiv al limbajului, care este etapa unui „*cogito* prereflexiv", când obiectul cunoaşterii continuă să rămână „exterior" în raport cu gândirea mea;
b) momentul explicativ, de conceptualizare, când obiectului cercetării i se atribuie o semnificaţie, fiind prin aceasta „interiorizat" în sfera gândirii mele, devenind în felul acesta un concept operaţional, care constituie etapa unui „*cogito* postreflexiv".

Astfel pusă problema, „limbajul ştiinţific" suferă aceleaşi transformări pe care, de fapt, le suferă şi „obiectul cunoaşterii". Aceasta întrucât cunoaşterea ca „act de gândire" a obiectului cunoaşterii urmăreşte, de fapt, „extragerea" din natură, din exterior, a obiectului şi „interiorizarea" lui în sfera gândirii mele. În cazul acesta, discuţia noastră se lărgeşte. De fapt, nu ne mai limităm la „limbajul ştiinţific", ci se face trecerea la „gândirea ştiinţifică" a unui domeniu de obiecte pe care le luăm sau le considerăm ca fiind date cunoaşterii noastre. Prin acest proces, cele două elemente, *logos* şi *cogito*, se unifică în ceea ce în final va constitui *epistémé*. *Cunoaşterea ştiinţifică* va fi rezultatul fuziunii *limbajului* cu *gândirea ştiinţifică*. Acest efort are ca rezultat constituirea domeniului ştiinţei respective.

Caracteristicile limbajului în psihologie şi psihopatologie

Trebuie făcută diferenţa în sfera cunoaşterii în ceea ce priveşte „limbajul empiric" şi „limbajul teoretic".

În cazul ştiinţelor pozitive, ale naturii, cu caracter empiric, în care „obiectul" este dat direct accesibil cunoaşterii, ca fapt material-concret, *limbajul empiric* se formează plecându-se de la obiect către cuvântul care-l denumeşte. În acest caz, observaţia directă, imediată şi experimentul vor integra obiectul în gândirea cercetătorului, reprezentându-l sub formă de „imagine cu sens".

În cazul ştiinţelor umaniste, al psihologiei şi psihopatologiei, cu caracter intuitiv, „obiectul" nu ne apare direct, el neavând un caracter material, obiectiv-concret. Acest „obiect" este deductibil din manifestările sale. Din acest motiv, limbajul va fi diferit de cel empiric; în psihologie şi psihopatologie, direcţia este inversă faţă de modalitatea de gândire din ştiinţele pozitive. Ea se face de la cuvânt către obiectul cunoaşterii. Eu însă, ca persoană cunoscătoare, constat că obiectul cunoaşterii mele este şi rămâne „interior" persoanei, manifestările sale exterioare nefăcând altceva decât să obiectiveze prezenţa sa interioară; în cazul acesta, eu îl resimt ca „subiect" al gândirii mele şi îl deduc ca existent în actele prin care el se obiectivează în exterior. Eu voi denumi numai ceea ce, în câmpul conştiinţei mele, apare ca urmare a unui proces de reflectare (auto- sau hetero-reflectare).

În acest caz, cuvântul devenit „termen ştiinţific" va fi cel care va denumi „obiectul cunoaşterii" mele. Este important de remarcat faptul că toate „fenomenele psihice normale" (psihologie) sau „fenomenele psihice morbide" (psihopatologie) devin „obiecte ale cunoaşterii" prin denumirea lor : nebunie, delir, halucinaţie, fobie, anxietate, depresie, monomanie, obsesie etc., în funcţie de modalitatea în care le percepe conştiinţa mea reflexivă. Ele sunt şi rămân interioare persoanei mele, dar prin „denumirea" lor sunt „obiectivate" sau devin „obiective" pentru ceilalţi.

Din acest moment, începe constituirea *cogito*-ului psihopatologic. Din acest moment, încep să gândesc „fenomenul psihic morbid". Spre deosebire însă de „limbajul empiric", care este mai precis, mai constant din punct de vedere istoric, „limbajul teoretic" al psihologiei şi mai ales cel al psihopatologiei se constituie cu dificultate şi, în orice caz, suferă importante variaţii istorice.

Obiectul ştiinţelor naturii fiind dat imediat, concret-obiectiv, poate fi experimentat. Obiectul ştiinţelor umaniste, având un caracter imaterial, interiorizat propriei persoane, nu poate fi experimentat, ci numai gândit. Din acest motiv, în ştiinţele pozitive, „obiectul" este cel la care se referă limbajul, pe când în cazul ştiinţelor umaniste, „limbajul" este cel ce construieşte obiectul ştiinţei prin obiectivarea lingvistică a unei stări interioare a „subiectului uman".

În filozofie, psihologie, psihopatologie, „termenii limbajului" denumesc şi definesc „stări interioare" ale persoanei umane : fiinţă, substanţă, esenţă, transcendenţă, memorie, gândire, sentimente, voinţă, delir, halucinaţie, fobie, obsesie, angoasă, pulsiune etc. Constituirea domeniului de cunoaştere ştiinţifică are un caracter formal, teoretic. Cuvintele, termenii sunt cei care „includ" şi „fac apel" la obiectul cercetării, care este intuit, fiind dedus din contextul lingvistic.

În cazul gândirii empirice, se impune acel „*cogito* prereflexiv", pe când în cazul gândirii teoretice, se impune acel „*cogito* postreflexiv" la care am făcut referire mai sus.

Dacă în cazul *limbajului empiric* lucrurile par clare, indubitabile, dictate de natura şi caracteristicile obiectului, în cazul *limbajului teoretic* lucrurile sunt diferite. G. Bachelard a întreprins chiar o psihanaliză a spiritului ştiinţific, căutând să descopere sensurile vocabularului filozofic şi al ştiinţelor umaniste, în general.

Orice *limbaj* are două aspecte : un *aspect ştiinţific* şi un *aspect cultural*. Primul este rezultatul „gândirii obiectului", pe când cel de-al doilea exprimă o „atitudine emoţională" faţă de obiect. Dacă ne referim numai la câţiva termeni din psihopatologie, exemplificarea este suficientă pentru a ne convinge :

Tipul de termeni	
Culturali/emoţionali	Ştiinţifici/raţionali
Nebunie	Alienaţie mintală
Furie	Agitaţie psihomotoare
Sminteală	Delir
Vedenii	Halucinaţii
Păreri	Idei greşite
Frică	Fobie
Nelinişte	Anxietate
Neastâmpăr	Impulsivitate

Problema limbajului ştiinţific rămâne o temă permanentă în delimitarea, definirea şi utilizarea „câmpului epistemologic" al unui domeniu de cunoaştere ştiinţifică. Semnificativă în sensul acesta ni se pare comparaţia dintre „limbajul medicinei somatice" şi „limbajul psihiatriei". Ambele categorii de limbaj ale acestor domenii aparţin în mod egal sferei medicinei, ca domeniu de cunoaştere teoretică şi de acţiune practică în cazul suferinţei umane.

Terminologia şi limbajul *medicinei somatice* sunt, prin natura lor, empirice, de tip denominativ-descriptiv. Aceasta întrucât „obiectul" medicinei somatice este vizibil, concret, obiectiv, direct şi imediat analizabil. În plus, el poate fi supus experimentului.

Terminologia şi limbajul *medicinei mintale*, ale psihiatriei, sunt, prin natura lor, derivate din înţelegerea semnificaţiei fenomenelor psihice morbide ; sunt explicative. Obiectul psihiatriei, reprezentat prin „fenomenul psihic morbid", este şi rămâne interior persoanei bolnavului şi, în consecinţă, imaterial. El se deduce din manifestările sale. Cu toate acestea, atât *hepatita*, cât şi *schizofrenia* sunt considerate *boli* şi înţelese ca atare. Ele sunt, în primul rând, „tulburări ale echilibrului" individului, care transformă *omul sănătos* în *bolnav* şi, prin aceasta, aparţin medicinei. Acest tip de gândire medicală unifică ambele domenii, reunindu-le în câmpul cunoaşterii medicale.

Clinica medicală şi *clinica psihiatrică* funcţionează la fel, după aceleaşi principii generale. Suferinţa are la bază o stare de dezechilibru care transformă *normalul* în *patologic*. La originea oricărei *boli* se află o *cauză specifică*, iar *gândirea medicală* trebuie să determine cauza şi natura bolii. Ea este urmată de *acţiunea medicală* cu rol terapeutic, având ca scop suprimarea activităţii nocive a cauzei, eliminarea consecinţelor acesteia asupra organismului şi restabilirea normalităţii.

Cu totul altfel stau lucrurile în cazul limbajului psihologiei şi psihopatologiei. În ambele situaţii, cunoaşterea vizează „subiectul" uman, viaţa psihică normală sau patologică, care este o experienţă interioară. Ea nu este direct accesibilă experienţei noastre, ci este intuită şi reflectată. Din acest motiv, termenii limbajului în psihologie şi psihopatologie sunt „concepte ale gândirii", rezultate din reflectarea „subiectului uman" în stare de normalitate sau de anormalitate psihică. De aceea, „limbajul ştiinţific" în psihologie şi psihopatologie suferă modificări în raport cu evoluţia cunoaşterii. Vocabularul ştiinţific se îmbogăţeşte sau se schimbă. Acest aspect poate fi recunoscut în analiza termenilor şi a etimologiei, mai ales în cazul psihopatologiei, unde termenii pentru tulburările psihice au variat extrem de mult în decursul istoriei ştiinţei respective.

Originea şi semnificaţia limbajului în psihopatologie

Originea *vocabularului* care constituie „limbajul ştiinţific" în psihopatologie are două surse :

a) din punct de vedere formal, el este preluat din psihiatrie pentru a exprima sau a denumi „fenomenele psihice morbide" ;
b) semnificaţia şi utilizarea acestui limbaj, ca model de gândire, sunt însă preluate din filozofie.

Limbajul şi termenii ştiinţifici sunt rezultatul reflectării subiectului uman. G. Lanteri-Laura spune că „nu se poate vorbi despre om decât având în vedere conştiinţa de sine. Conştiinţa de sine este cea care defineşte existenţa umană". Experienţa sufletească

este o experiență interioară a conștiinței ce-mi relevă *sentimentul de sine*, pe care eu îl exprim în exterior prin *limbaj*.

F. Brentano afirmă că „ceea ce caracterizează orice fenomen psihic este prezența intențională sau orientarea către un obiect". Rezultatul este exprimarea prin cuvânt a acestuia.

Întrucât orice conștiință este „o conștiință despre ceva" (G. Lanteri-Laura), limbajul în psihologie și psihopatologie va reflecta „conștiința formelor psihice" normale sau patologice.

Pentru E. Husserl, limbajul psihologiei și, implicit, cel al psihopatologiei rezultă dintr-o „reducție eidetică", ce constă în posibilitatea descrierii stărilor sufletești, a experiențelor conștiinței prin cuvinte. Limbajul, termenii psihologiei și ai psihopatologiei exprimă „separația" dintre „actele psihice" și „conștiința care le reflectă", situându-se între acestea ca o „legătură logică".

Limbajul apare odată cu „surprinderea" completă a obiectului în câmpul conștiinței reflexive. El corespunde cu ceea ce E. Husserl denumește „noeză", prin care „conștiința percepe și integrează obiectul cunoașterii". Actul perceperii conștiente a obiectului este pentru E. Husserl „noemă", iar exprimarea lui, „noeză". Acest aspect apare deosebit de pregnant dacă vom compara termenii psihologiei cu termenii psihopatologiei, așa cum se poate vedea în continuare, în lista comparativă a termenilor grecești desemnând normalitatea și anormalitatea psihică.

Grupa de termeni	
Psihologie (procese psihice normale)	Psihopatologie (fenomene psihice morbide)
Nous = suflet	*Ek-nous* = scos din minți *a-nous* = smintit *Dis-nous* = ostil *Apo-noia* = irațional *Para-noia* = nebun, cu mintea tulburată
Phrenos = gândire, inteligență	*Ek-phron* = smintit, ieșit din minți *Dis-phron* = trist, mâhnit *Phreno-blabes* = nebun
Psyché = suflet, viață	*A-psychia* = laș, mișel
Pneuma = suflet, însuflețit	*A-pnea* = lipsit de viață
Mneme = memorie	*Mania* = nebunie, demență, furie *Maniakos* = nebun

Termenii latinești pentru a desemna formele de nebunie-alienație mintală sunt la fel de diverși sub aspectul nuanței ca și cei din limba greacă. În sensul acesta, menționăm, pentru a desemna manifestările psihice anormale, următorii termeni: *Insanus* (nebun), *Amens* (fără minte), *Demens* (dement), *Ira* (mânie, furie), *Furor* (furie, agitație) etc.

Vocabularul psihopatologic și cel psihiatric stau la baza constituirii „discursului" despre fenomenele psihice morbide. În sensul acesta, se disting două direcții: *direcția științifică* și *direcția culturală*. Le vom analiza pe fiecare în parte.

Trebuie însă menţionat faptul că *termenii vocabularului*, atât în psihologie, cât şi în psihopatologie şi psihiatrie, desemnează *calităţi* ale unor manifestări psihice subiective, normale şi patologice, şi nu *structuri* obiectuale, ca în cazul anatomiei şi al patologiei somatice.

Să vedem în continuare cum sunt exprimate, din punct de vedere ştiinţific şi cultural, conceptele de boală. Între limbajul ştiinţific şi cel cultural există deosebiri pe care le-am menţionat deja.

Punctul de vedere medico-ştiinţific referitor la boala psihică este exprimat în felul următor de către K. Schneider: „Conceptul de boală în psihiatrie este pentru noi un concept strict medical. Numai corpul poate fi atins de boală; anomalia psihică o denumim morbidă numai în cazul în care poate fi legată de procese organice morbide. Fără o asemenea bază, caracterul de morbiditate nu are decât semnificaţia unei imagini fără valoarea unei cunoaşteri ştiinţifice". În cazul bolilor psihice, limbajul şi conceptele medicale trebuie să cedeze în faţa limbajului şi conceptelor filozofice. Bolnavul psihic este „o altfel de fiinţă umană", iar prin această determinare problema este transferată în sfera antropologiei psihopatologice (K. Schneider, K. Jaspers, V.E. von Gebsattel, E. Minkowski, L. Binswanger, A. Zutt, R. Kuhn, M. Manfredi, Y. Pelicier).

Asistăm la o schimbare a limbajului şi a sensului prin deplasarea gândirii la „subiectul" care este persoana umană, considerată ca „fiinţă" (G. Lanteri-Laura). Suferinţa psihică, boala mintală, devine astfel „o altfel de experienţă sufletească", care depăşeşte limitele biologicului, ale psihologicului, interferând cu morala, cultura, sfera socialului. Din aceste considerente, G. Lanteri-Laura susţine că „nu se va putea ajunge la cunoaşterea realităţii bolii mintale decât atunci când i se vor recunoaşte, alături de dimensiunile clinico-psihiatrică şi biopsihologică, şi cele culturală şi socială". Aceste concluzii au dus la înlocuirea în sfera psihopatologiei a termenului de *boală psihică*, rezervat psihiatriei clinice, cu cel de *fenomen psihic morbid*, în care este subliniată natura subiectivă şi interioară a suferinţei, ca formă şi dimensiune antropologice ale fiinţei umane.

Considerând normalitatea psihică drept stare de echilibru sufletesc interior al persoanei, boala apare ca un „accident" ontologic, fiind astfel integrată psihobiografiei interioare a individului (L. Binswanger).

În plan cultural, „nebunia" este percepută ca o schimbare a spiritului, ca o îndepărtare a persoanei de la normele morale şi sociale. Nebunul este o fiinţă care nu-şi mai aparţine. El este „stăpânit" sau „posedat" de forţe malefice care-l conduc; este „ieşit din minţi" sau o „persoană rătăcită" etc. Terminologia este inspirată din comparaţia cu normele morale şi sociale, are un caracter emoţional şi exprimă teama şi repulsia societăţii faţă de *nebunie* şi de *persoana nebunului*.

Constituirea şi caracteristicile câmpului epistemologic în psihopatologie

Limbajul unei ştiinţe are la bază intenţia de *a exprima* obiectul cunoaşterii respective. Prin „termeni lingvistici", obiectul cunoaşterii respective este separat de alte obiecte şi determinat, fiind integrat în felul acesta în câmpul unui domeniu de cunoaştere ştiinţifică.

„Nebunia" reprezintă pentru psihopatologie un domeniu de „cunoaştere ştiinţifică". Pentru M. Foucault, nebunia este „o cunoaştere, întrucât toate aceste figuri absurde sunt în realitate elementele unei cunoaşteri dificile, închise şi ezoterice. Aceste fenomene stranii sunt situate de la început în spaţiul marelui secret". Nebunia se prezintă, prin actele sale, ca o cunoaştere a umanului, filtrată de planul conştiinţei reflexive. Cunoaşterea „nebuniei" este actualizarea constituită într-un sistem coerent de date ale conştiinţei despre nebunie, iar în sensul acesta M. Foucault distinge următoarele aspecte:

a) o *conştiinţă critică* a nebuniei, care o recunoaşte şi o defineşte ca atare în cadrul unui raţionament reflexiv, etichetând-o ca pe o opoziţie a gândirii logice;
b) o *conştiinţă practică* a nebuniei, considerată ca realitate concretă a existenţei umane, diferită de normele grupului căruia aceasta îi aparţine;
c) o *conştiinţă enunţiativă* a nebuniei, prin care, recunoscându-se nebunia ca atare, este denumită şi definită în ordinea limbajului;
d) o *conştiinţă analitică* a nebuniei, raportată la formele acesteia, la relaţiile dintre ele, constituind „discursul despre nebunie".

Sintetizând cele de mai sus, se poate afirma că „nebunia", ca atribut al fiinţei umane, are următoarele semnificaţii care constituie „discursul lingvistic" despre această temă psihopatologică:

– un mod particular de cunoaştere;
– un mod particular al conştiinţei;
– un mod particular de asimilare şi utilizare a valorilor şi normelor culturale în planul comportamental;
– personificarea sau delimitarea unui anumit „tip uman" ce reprezintă personajul bolnavului psihic.

Care sunt caracteristicile *câmpului epistemologic* în psihopatologie şi psihologie?

Câmpul epistemologic al psihologiei şi psihopatologiei este un spaţiu mintal, în care „conceptele denominative" exprimă „subiectul psihologic" normal sau patologic pe care-l desemnează. Acest câmp epistemologic are un caracter variabil, întrucât „conceptele operaţionale" care desemnează şi definesc „stările sufleteşti" au şi ele un caracter variabil în raport cu „atitudinea metodologică" faţă de „obiectul cunoaşterii". În sensul acesta, o analiză sumară poate pune în evidenţă modul în care au evoluat şi s-au transformat „termenii" ce desemnau anumite stări psihice patologice.

Iniţial, termenii care desemnau tulburările psihice erau cuprinşi într-un singur cuvânt: „nebunia". El avea conotaţia morală a abaterii de la ordinea firească a lucrurilor. Modalitatea de înţelegere şi denumire morală a tulburărilor psihice a persistat, aşa cum o vedem în alte forme de limbaj: *lunatici*, *vesanici*, *insanici*, *melancolici*.

Medicalizarea bolilor psihice, prin scoaterea lor din sfera morală şi transferul în medicină, schimbă şi vocabularul psihiatric. Un rol important îi revine Şcolii Franceze de Psihiatrie, care aduce o contribuţie extrem de importantă la constituirea „discursului psihiatric", mai ales prin introducerea de termeni noi, medicali: *halucinaţii*, *bizarerii*, *delir*, *manie*, *demenţă*, *imbecilitate*, *melancolie*.

Un moment important este marcat în schimbarea şi lărgirea vocabularului şi a discursului clinic prin căutarea unei „baze heredo-biologice" în explicarea bolilor psihice. Este momentul introducerii conceptului de *degenerescenţă mintală*, prin care „nebunia morală" era separată definitiv de psihiatrie şi psihopatologie. Apar termeni clinico-psihiatrici noi, de tipul: *degenerescenţă*, *dezechilibru psihologic*, *monstruozitate*, *degradare psihică*, *atavism*.

Şcoala germană de psihiatrie este însă cea care fixează terminologia bolilor psihice, construieşte discursul clinic despre bolile mintale şi instituie normele unui sistem de clasificare nosologică. Apar termeni noi, pur medicali, desemnând fenomenele clinico--psihiatrice, de tipul : *demenţă precoce*, *psihoză maniaco-depresivă*, *paranoia*, *parafrenia*, *demenţe*, *hebefrenie*, *catatonie*, *idioţie*, *imbecilitate*. Aceste structuri lingvistice şi discursul psihiatric formulat în secolul al XIX-lea sunt continuate în secolul XX prin perfecţionarea, diversificarea nuanţată şi lărgirea terminologiei. Apar concepte noi în limbajul psihiatric, care le completează sau le înlocuiesc pe cele vechi : *schizofrenie*, *discordanţă*, *psihastenie*, *nevroze*, *isterie*, *stări reactive*, *afecţiuni psihosomatice*, *stări-limită* (*borderline*) etc.

În prezent, terminologiile psihopatologică şi clinico-psihiatrică se structurează prin compararea fenomenelor psihice morbide cu fenomenele psihice normale. Între ele se stabileşte o relaţie de complementaritate, pe care o vedem exprimată şi în vocabularul disciplinelor respective, psihologie şi psihopatologie.

Un aspect nou în vocabularul şi discursul despre tulburările psihice este adus de psihanaliză şi psihoterapie. Apar termeni noi, cum ar fi : *catharsis*, *refulare*, *sublimare*, *conversiune somatică*, *protecţie*, *transfer*, *complexe ideo-afective* etc. Asistăm, prin aceasta, la o diferenţiere internă a limbajului psihologiei şi al psihopatologiei în raport cu atitudinile doctrinare şi modalităţile de acţiune practică asupra vieţii psihice umane, normale sau patologice.

Cum era şi firesc, în cazul acestei diversificări ce masca o „inflaţie de termeni", criza nu a întârziat să se producă. Aceasta va fi marcată prin „reacţia antipsihiatrică" de la jumătatea secolului XX (A. Szasz, A. Laing, D. Cooper, M. Foucault, A. Koupernik). *Antipsihiatria* atacă frontal, punând în discuţie însăşi existenţa clinicii psihiatrice şi a psihopatologiei. Conflictul este generat de „limbaj".

Întrucât „obiectul psihiatriei" nu este material, concret-obiectiv, este negată în mod direct existenţa acestuia, considerând că este o „construcţie mintală" cu caracter arbitrar, a psihiatrilor, care „medicalizează viaţa psihică", elaborând într-o manieră arbitrară, în primul rând din punct de vedere lingvistic, „etichete patologice". Fireşte că acest punct de vedere este pur speculativ şi priveşte aspectele formal-externe, de ordin lingvistic, ale psihiatriei şi psihopatologiei, neafectând în nici un fel esenţa interioară a „obiectului epistemologic" al acestor discipline. Este pur şi simplu o „dispută lingvistică" legată de dificultăţile inerente de articulare între „fenomenul psihic morbid" şi „denumirea" acestuia.

Discursul psihiatric este unul de ordin clinico-medical. În comparaţie cu acesta, discursul psihopatologic este unul de factură psihofilozofică, urmărind descifrarea semnificaţiei acestor tulburări psihice în planul umanului, considerate nu ca *boli*, ci ca *abateri de la normalitatea persoanei*. Aceste aspecte le vom reîntâlni, mai departe, pe parcursul lucrării noastre, când vom analiza sindroamele psihopatologice şi nosologia psihiatrică.

Ne aflăm în faţa a două tipuri de „enunţuri" şi de „discursuri" referitoare la fenomenele psihice morbide : *psihiatria* şi *psihopatologia*.

Discursul psihiatriei clinice îl regăsim în sfera nosologiei, a definirii, descrierii şi clasificării bolilor psihice după „fizionomia şi evoluţia lor" (G. Amado). Elementul axial este reprezentat în acest discurs clinic de cauzalitatea şi natura bolii psihice.

Discursul psihopatologic pleacă de la etichetarea simptomelor tulburărilor psihice ca „forme particulare de limbaj". În acest caz, interesul este deplasat de la „cauză" la „modul de a fi al persoanei". Cauza determină un discurs clinic, ce are un caracter exterior. Modul de a fi al persoanei determină un discurs referitor la interioritatea acesteia. Nosologia psihiatrică încearcă să obiectiveze suferinţa psihică interioară a bolnavului, pe când discursul psihopatologic caută să descifreze semnificaţia interioară a subiectului bolnav psihic. În felul acesta, psihopatologia devine o „teorie a fenomenului psihic morbid", pe care G. Rosolato o pune în raport de comparaţie cu „fenomenele psihice normale". Astfel, pentru G. Rosolato, discursul psihopatologiei este un comentariu al „excesului de negativ sau de lipsă" ce caracterizează fenomenele psihice morbide, în raport cu cele normale.

Cele mai sus prezentate se referă, în primul rând, la *limbajul epistemic* al psihopatologiei. Acesta exprimă termenii denominativi şi conceptele ştiinţifice „construite" de cercetătorul psihopatolog, ca urmare a observării şi ascultării manifestărilor şi relatărilor bolnavilor psihic. Este vorba de limbajul ştiinţific. Alăturat acestuia este *limbajul empiric*, cel prin care bolnavii psihic îşi exprimă sau îi comunică medicului suferinţa lor. Acesta are caracteristici şi semnificaţii particulare, pe care le vom analiza în continuare.

Caracteristicile limbajului empiric

Am denumit *limbaj empiric* sau *limbaj paralel* discursul prin care bolnavii îi expun medicului suferinţa lor. Acesta are o valoare deosebit de importantă, întrucât de aici se porneşte în cunoaşterea şi înţelegerea formelor suferinţei umane, atât în medicina somatică, cât şi în psihiatrie.

Limbajul empiric precedă întotdeauna *limbajul epistemologic*, întrucât este expresia suferinţei bolnavului, a atitudinii sale faţă de impresiile produse de „transformarea" patologică survenită în existenţa sa. Spre deosebire de limbajul epistemic, care este un limbaj raţional, limbajul empiric este un tip de limbaj emoţional şi subiectiv, comunicând noile „experienţe morbide" ale persoanei în condiţiile determinate de boală.

Acest limbaj al bolnavului este un „limbaj paralel" cu limbajul specialistului, iar dacă pentru bolnav relatările sale sunt autentice şi inteligibile, limbajul ştiinţific al specialistului îi apare ermetic, complicat, adesea confuz. Aceste aspecte sunt importante din punct de vedere psihologic. Limbajul bolnavului, prin faptul relatării suferinţei sale, are un efect cathartic şi de transfer asupra persoanei medicului-interlocutor. În mod egal, faptul de a nu putea înţelege limbajul ştiinţific al medicului reprezintă pentru bolnav un factor psihotraumatizant, generator de angoase, trăiri emoţionale penibile, impresia că i se ascunde un pericol etc. Ceea ce trebuie precizat este faptul că ne găsim în faţa a două limbaje: *limbajul bolnavului* şi *limbajul medicului*, iar constituirea câmpului epistemic depinde într-o foarte mare măsură de acordul dintre acestea, de capacitatea lor de întrepătrundere şi de inteligibilitate.

Limbajul empiric este mult mai nuanţat, mai divers decât cel ştiinţific, întrucât este subiectiv şi urmăreşte prezentarea trăirilor personale şi a atitudinilor bolnavului faţă de

propria suferinţă. În mod egal, limbajul ştiinţific este un „cod" universal, un instrument cu şi prin care specialiştii delimitează câmpul epistemologic al suferinţei, operează judecăţi în interiorul acestuia şi comunică între ei. Din aceste motive, limbajul ştiinţific are un caracter de rigurozitate, este convenţional şi adaptat necesităţilor unui model strict de gândire, de regulă cauzală sau fenomenologică.

În cazul medicinei somatice, *limbajul bolnavului* este „limbajul suferinţei", al unui fapt existent obiectiv, concret în raport cu sfera somatică sau cu dezechilibrele fiziologice ale organismului uman. În cazul medicinei psihiatrice, *limbajul bolnavului* nu este un limbaj al suferinţei, ca în cazul bolilor somatice, ci un „limbaj al transformărilor", întrucât bolnavul psihic, cu foarte mici şi rare excepţii, nu recunoaşte şi nu acceptă ideea că este bolnav. El resimte tulburările sale ca pe nişte „schimbări", ca pe nişte „transformări" ale persoanei sale sau ca pe nişte efecte ale unor influenţe străine venite din afara sa. În ambele situaţii, limbajul bolnavilor este extrem de polimorf, încărcat şi nuanţat emoţional, într-o permanentă mobilitate, variind adesea de la o întâlnire cu medicul la alta etc. Ne vom ocupa în continuare de analiza principalelor forme de limbaj empiric al bolnavilor cu tulburări psihice.

Spre deosebire de *limbajul bolnavilor somatic*, care exprimă suferinţa acestora, *limbajul bolnavilor psihic* exprimă atitudinea acestora faţă de nefirescul transformărilor pe care le resimt. Limbajul bolnavilor psihic *disimulează*, *relatează* sau *elaborează fabulativ* ceea ce aceştia simt ca nefiresc în raport cu propria persoană.

În cazul *disimulării*, bolnavii caută ca prin cele relatate să ascundă, să mascheze sau cel puţin să estompeze pe cât posibil nefirescul resimţit ca urmare a unor „transformări" ale persoanei lor. În aceste cazuri, relatările sunt sărace, simple, caută să evite tema suferinţei sau a bolii ; mai mult decât atât, caută să convingă interlocutorul că ei sunt perfect normali.

Limbajul fabulativ, inventiv, are un rol de acoperire a realităţii şi apare în două situaţii întâlnite destul de frecvent : *mitomanie* şi *simularea bolilor*. Ambele situaţii sunt caracterizate prin limbaje care urmăresc să modifice realitatea existentă de fapt, în conformitate cu tendinţele personale ale bolnavilor sau, mai exact, ale persoanelor respective. În această privinţă, trebuie făcută diferenţa dintre *limbajul mitomanilor*, care este prin excelenţă un „limbaj fabulistic", şi limbajul simulanţilor, un „limbaj de acoperire". Primul relatează situaţii imaginare, ireale, pe când cel de-al doilea relatează tulburări sau trăiri imaginare. Primul urmăreşte să prezinte o realitate schimbată în conformitate cu tendinţele bolnavului, pe când cel de-al doilea urmăreşte să convingă interlocutorul de existenţa unor tulburări imaginare sau inexistente ; fiind conştient de acest fapt, o face în scopul realizării unor interese personale. Tot în această categorie se înscrie şi „limbajul suferinţelor imaginare" din cursul ipohondriei, limbaj care, spre deosebire de cel „inventiv" al simulanţilor, este relatarea unor suferinţe inexistente, dar de care bolnavul este ferm convins că sunt reale.

A treia categorie o reprezintă limbajul bolnavilor psihic care relatează în mod curent stările lor sufleteşti anormale, pe care le resimt în forme dintre cele mai variate, ca „transformări" ale persoanei lor. De regulă, acest limbaj expozitiv are caracterul unei „relatări narative" având ca tematică „transformarea persoanei bolnavului", iar ca motiv central, „persoana" acestuia. De regulă, aceste relatări au un caracter de expunere psihobiografică în scop patografic ; ca formă de expunere-expresie, sunt în raport cu nivelul de inteligenţă al bolnavului şi cu bagajul său cultural. În sensul acesta, vom prezenta în continuare cele mai frecvente situaţii.

Limbajul nevrotic, specific bolnavilor cu tulburări nevrotice, are caracterul unei naraţiuni de factură romanescă. Este un „fragment psihobiografic” de factură patografică în care este cuprinsă, adesea într-o manieră „dramatică”, „istoria nevrozei” persoanei respective. Interesant este faptul că bolnavul nu numai că relatează, dar concomitent caută să „explice” şi să „argumenteze” această „naraţiune clinică”.

Limbajul delirant este una dintre cele mai complexe forme de expresie cu care se confruntă, în calitate de interlocutor, psihiatrul sau psihologul. Limbajul bolnavilor deliranţi este un tip de limbaj neologic, încărcat de simboluri şi care şochează adesea prin înlocuirea planului realităţii logice cu cel al iraţionalului împins până la absurd. Limbajul delirant este un „limbaj dereistic”, străin şi straniu totodată, atât ca formă, cât şi în ceea ce priveşte conţinutul său. El are un mare polimorfism, în raport cu tipul de tulburare psihică a bolnavilor. În egală măsură, mai ales în cazul delirului halucinatoriu, limbajul are caracterul unei relatări care aminteşte de stranietatea situaţiilor sau a scenelor onirice, încărcate de un simbolism fantastic, adesea incomprehensibil şi bizar. Cele mai importante forme de limbaj delirant le întâlnim în cazul paranoicilor, la schizofrenici şi parafrenici.

Limbajul paranoicilor este unul extrem de elaborat şi exprimă, într-o manieră amplă şi cu accente voit convingătoare, tematica ideilor delirante ale bolnavului. Având un caracter tematic precis, bine delimitat, limbajul va avea coerenţă şi conservă din punct de vedere formal aparenţa logică a judecăţilor silogistice. Este un limbaj preţios, căutat, argumentat şi prin care bolnavul caută să se impună interlocutorului ; este, de regulă, monoideatic sau monotematic şi persuasiv. Adesea, acest tip de limbaj, la persoanele cu constituţie emotivă sau uşor sugestibile, poate induce idei similare, devenind convingător şi sfârşind ca, printr-un proces de „inducţie psihică sugestivă”, interlocutorul să „adere” la ideile bolnavului.

Limbajul schizofrenicilor constituie o temă dintre cele mai dezbătute de specialiştii psihiatri sau psihopatologi (E. Kraepelin, J. Séglas, S. Piro, B. Calieri şi L. Frighi, J. Bobon şi G. Maccagnani, C. Enăchescu). La vremea sa, E. Kraepelin a vorbit chiar despre „schizofazie” ca despre o formă clinică particulară a schizofreniei, în care tulburările de limbaj se situau pe primul plan. Deşi este un limbaj determinat de transformarea delirant-halucinatorie a personalităţii, el are un caracter particular : exprimă ruptura contactului vital cu realitatea şi plasarea bolnavului într-o lume stranie, autistă. Din aceste considerente, limbajul schizofrenic este, din punct de vedere formal, un limbaj discordant, disociat, incoerent şi incomprehensibil, bizar sau manierist. Conţinutul său este simbolic, dominat de neomorfisme lingvistice care exprimă „conceptele gândirii delirante” a bolnavului, reprezentările şi experienţele sale morbide. Uneori, tulburarea este atât de profundă, încât limbajul devine total incomprehensibil, constituind veritabile „limbi artificiale” de factură glosolalică sau pseudoglosolalică.

În cazul bolnavilor cu suferinţe afective de factură psihotică, limbajul este diferit, în cazul maniei şi al melancoliei. Ceea ce diferenţiază cele două categorii nosologice sunt atât forma, cât şi conţinutul discursului. În manie, expunerea verbală are un caracter expansiv, euforic, dominat adesea de asonanţe şi putând ajunge la fugă de idei sau verbigeraţie. Asociaţiile sunt sumare, rapide, tematica inconsistentă. În melancolie, limbajul este sărac, dominat de teme depresive sau catastrofice, de culpabilitate şi suicid.

Aceste aspecte, enumerate succint mai sus, exprimă modalităţile variate ale limbajului bolnavilor psihotici şi nevrotici. S-a vorbit adesea chiar de un model particular de

prezentare-relatare de către bolnavi a suferinţei sau transformării personalităţii lor, relatare integrată în contextul psihobiografic al bolnavilor respectivi. Din aceste considerente, „relatările" bolnavilor, adesea veritabile construcţii narative, constituie pentru specialişti un material psihopatologic particular, etichetat ca „roman patobiografic" (A. Stockvis, M. Robert, C. Enăchescu). Acest limbaj, care exprimă noua experienţă de viaţă a bolnavilor psihic, este „materialul psihopatologic" din care medicul psihiatru va reconstitui ulterior configuraţia personalităţii bolnavului, „imaginea clinică a bolii", dar şi limbajul epistemic, care să delimiteze sfera disciplinei respective.

Se poate desprinde clar acum, pe baza celor relatate mai sus, faptul că, în cazul psihopatologiei, câmpul epistemologic al acesteia se fundamentează *pe* şi *prin* limbaj, fiind rezultatul analizei limbajului empiric din care se elaborează ulterior limbajul ştiinţific. În felul acesta, câmpul epistemic al psihopatologiei reuneşte limbajul bolnavului şi limbajul psihiatrului. Primul are caracter expozitiv-narativ, cel de-al doilea, caracter conceptual-explicativ. Pe aceste considerente, atunci când ne referim la câmpul epistemic al psihopatologiei, trebuie să avem în vedere ambele aspecte: nu numai pe cel al specialistului, ci şi relatarea bolnavului. Este un act de punere „la un loc" a *exprimării* şi *înţelegerii*, domeniul de cunoaştere ştiinţifică fiind concluzia acestei întâlniri.

Spre deosebire de medicina somatică, în cazul patologiei psihiatrice, obiectul ştiinţei este interiorizat în persoana bolnavului şi are un caracter subiectiv. El nu poate fi obiectivat decât prin intermediul limbajului, mai exact, prin acordul care se stabileşte între *limbajul empiric* al bolnavului şi *limbajul ştiinţific* al psihiatrului. Aici însă pot apărea confuzii sau exagerări, de regulă din partea psihiatrului, a modului său de „a vedea" şi de „a înţelege" atât limbajul bolnavului, cât şi, prin intermediul acestuia, persoana lui. De regulă, apar exagerări de „medicalizare" ce duc la construcţia unor „imagini" exagerate sau chiar false ale tulburărilor psihice; mai mult decât atât, pot fi „văzute" tulburări psihice acolo unde ele lipsesc. Aceste erori de înţelegere a fenomenului psihic morbid construiesc un „fals domeniu de cunoaştere", favorizând disputele antipsihiatrice, care, în esenţa lor, privesc „confuziile" dintre limbajul bolnavului şi limbajul psihiatrului. Confuziile cauzate de „dezacordul" dintre cei doi interlocutori compromit sau chiar desfiinţează „obiectul" psihopatologiei sau eşuează în discuţii sterile. Din aceste considerente, *limbajul*, atât în psihologie, cât şi în psihopatologie, ni se pare una dintre problemele cele mai importante, întrucât, dat fiind caracterul particular al fenomenelor psihice, normale şi morbide, acestea îşi obiectivează natura şi existenţa prin intermediul limbajului.

Considerată astfel, din perspectiva gândirii psihopatologice şi a „discursului epistemic" al acesteia, *nebunia* ne apare ca fiind integrată destinului fiinţei umane, ca un dat deontologic, şi nu ca un simplu „accident morbid", ca o boală, aşa cum este ea înţeleasă în sfera medicinei somatice.

Nebunia devine, în perspectiva discuţiei de mai sus, un „adevăr istoric" al persoanei respective (G. Rosolato), o dimensiune particulară a fiinţei sale, un nou „fel de a fi", caracterizat prin ruptura, hiatusul care apare în existenţa bolnavului şi pe care numai discursul clinic al psihopatologiei îl poate obiectiva şi supune analizei unui model de gândire fenomenologică.

Acum se poate desprinde clar, din cele prezentate mai sus, faptul că „limbajul" şi „discursul" referitoare la denumirea şi descrierea fenomenelor psihice morbide, proprii psihopatologiei, constituie una dintre laturile esenţiale ale acestei discipline. Plecând de

la „observarea" şi „ascultarea" bolnavilor psihic, psihiatrul reconstituie „istoria psihobiografică interioară" a acestora sub forma unui „context lingvistic" în care cuvintele înlocuiesc imaginile concret-obiective ale suferinţei somatice din medicina generală, ele fiind purtătoarele trăirilor subiective ale bolnavilor psihic. În felul acesta, psihopatologia se constituie ca un domeniu epistemologic, în care subiectul cunoaşterii este „obiectivat" numai prin discurs, iar de natura discursului vor depinde delimitarea şi înţelegerea domeniului de cunoaştere a fenomenelor psihice morbide.

8. Metode şi tehnici în psihologia medicală şi psihopatologie

Atitudinea metodologică

Pentru K. Jaspers, în psihopatologie, „obiectul" studiat nu se experimentează, ci se gândeşte. În felul acesta, încă de la început, modalitatea de reflectare asupra obiectului implică o anumită *atitudine metodologică*. Opţiunea metodologică este o problemă esenţială, de ea depinzând succesul sau eşecul cunoaşterii naturii „obiectului" studiat.

Ca ramură a medicinei, *psihiatria clinică* va considera obiectul său ca fiind reprezentat prin complexul bolnav-boală, motiv pentru care metodologia va fi orientată esenţialmente clinic. Această orientare metodologică este din ce în ce mai „biologizantă", ajungându-se chiar la considerarea psihiatriei, de către unii autori, drept o „ştiinţă biologică", deschizându-se prin aceasta poarta „experimentului" în domeniul psihiatriei clinice.

Psihopatologia are ca obiect de studiu fenomenul psihic morbid. Din acest motiv, spre deosebire de psihiatria clinică, psihopatologia îşi „gândeşte" obiectul, adoptând prin aceasta o atitudine metodologică împrumutată din sfera ştiinţelor umane. Atitudinea reflexivă nu numai că lărgeşte, dar şi schimbă în mod considerabil atât metoda, cât şi sfera psihopatologiei, scoţând-o din domeniul strict delimitat al medicinei şi plasând-o în universul ştiinţelor umane. În felul acesta, prin psihopatologie, îşi fac intrarea în psihiatrie *gândirea speculativă*, *atitudinea critică* şi *reflecţia filozofică*.

M. Natanson, făcând o sinteză a raporturilor filozofiei cu psihiatria şi psihopatologia, constată că acest raport este în primul rând de factură metodologică. Filozofia, prin reflecţia filozofică, oferă „cadrele metodologice" de abordare a „obiectului psihopatologiei" (K. Jaspers, E. Minkowski, R.G. Collingwood, H. Baruk, C. Canguilhem, M. Foucault). În sensul acesta, M. Natanson distinge două modele metodologice principale în abordarea filozofică a obiectului psihopatologiei :

a) *modelul de analiză filozofică empirico-pozitivistă*, bazat în primul rând pe observaţia şi experienţa clinică a faptelor, în conformitate cu modelul ştiinţelor naturii, specific psihiatriei ca specialitate medicală ;
b) *modelul filozofic conceptual-fenomenologic*, care caută să înţeleagă şi să explice semnificaţia „fenomenului psihic morbid" în raport cu natura umană. Conceptualismul fenomenologic se opune empirismului clinico-psihiatric, întrucât el caută să descopere sensul primar al „fenomenelor clinice" sau „obiectivează" structurile mintale ale bolnavului psihic. În felul acesta, se consideră că ceea ce se „obiectivează" în câmpul observaţiei clinice este, de fapt, expresia unei activităţi a conştiinţei modificate a bolnavului respectiv.

Pe baza celor de mai sus, se poate afirma că „psihiatria clinică” urmărește analiza manifestărilor exterioare ale nebuniei, considerate ca „semne clinice” ale bolii mintale, pe când „psihopatologia” urmărește cunoașterea, înțelegerea și explicarea structurilor interne, modificate ale vieții psihice, considerate ca „stări de conștiință morbidă” ale individului.

Din cele expuse, este evident că în sfera psihiatriei se pot distinge două direcții metodologice :

a) direcția biologică, pur medicală, care experimentează clinic obiectul psihiatriei, respectiv bolnavul psihic și boala acestuia ;
b) direcția umanistă, pur filozofică, care gândește, interpretează reflexiv ființa umană și „modurile sale de existență” de factură patologică în raport cu „formele vieții psihice normale” (L. Binswanger).

În psihopatologie, „metoda filozofică” are scopul esențial de a expune omul lui însuși, în asemenea măsură încât acesta să se poată recunoaște în mod autentic (J. Beaufret).

K. Jaspers recunoaște faptul că *filozofia* este foarte diferită de știință. Filozofia realizează efortul de „a intra cu forța în fundamentul încă neexplorat al certitudinii pe care omul o poate avea despre el însuși”. Din aceste considerente, K. Jaspers insistă asupra faptului că, dincolo de aspectele empirice ale practicii clinico-psihiatrice, „medicii psihiatri trebuie să învețe să gândească”, metodologia fiind fundamentată pe atitudinea reflexivă, care este un act al intelectului.

Raportul obiect/metodă în psihopatologie

Gândirea obiectului, atât în psihologia medicală, în psihiatrie, dar mai cu seamă în psihopatologie, nu se poate constitui ca „atitudine metodologică” decât după precizarea naturii obiectului.

Pentru K. Jaspers, „obiectul psihiatriei este omul” și, în această privință, el remarcă două atitudini de interpretare și de abordare metodologică :

a) *dogma organicistă*, care afirmă că „bolile psihice sunt boli ale creierului” (W. Griesinger) ;
b) *dogma psihologică*, ce susține că „bolile psihice sunt boli ale personalității” (H. Schüle).

În fața acestor situații, raportându-se la natura obiectului psihopatologiei, K. Jaspers se întreabă : „Ce ne pot furniza filozofia și psihologia în sens metodologic ? ”. Răspunsul pe care îl dă este o referință la următoarele surse metodologice :

1. *Fenomenologia* lui Ed. Husserl, denumită de acesta „psihologie descriptivă”, constă în „descrierea experiențelor interioare ale bolnavului, așa cum apar ele în conștiința acestuia ; iluzii senzoriale, experiențe delirante, diferite moduri ale conștiinței de sine și a sentimentelor”.
2. W. Dilthey propune o altă *metodă psihologică*, pe care o denumește „descriptivă și analitică” și din care K. Jaspers va construi o „psihologie comprehensivă”.
3. Cea de-a treia sursă o reprezintă *psihanaliza* (Freud), care privește fenomenele psihice ca pe niște raporturi de trăiri cu o anumită semnificație legată de regimul inconștientului și de experiențele de viață psihotraumatizante ale individului.

K. Jaspers recunoaşte faptul că orice metodologie are un caracter limitat şi, prin urmare, posibilităţi restrânse. Nici o metodă particulară nu ne poate permite să cuprindem şi să investigăm în totalitate obiectul nostru, ci numai o parcelă limitată a acestuia, în raport cu posibilităţile sale tehnice de investigare.

Din punct de vedere metodologic, elementul esenţial în psihopatologie îl reprezintă dubletul *observare-înţelegere* a obiectului studiat. În cursul actului de observare-înţelegere sunt antrenate o suită de etape reprezentate prin „a vedea", „a privi", „a înţelege", „a şti". Trebuie să vedem în acesta o înlănţuire logică a unor procese sau „etape de cunoaştere" a obiectului în psihopatologie.

Pentru M. Foucault, *observaţia* este o *privire pură* anterioară oricărei intervenţii, fidelă obiectului imediat, pe care-l reia fără însă a-l modifica. Această „vedere a obiectului" este un act de „luare la cunoştinţă" urmat de „privirea obiectului", care implică, de data aceasta, o anumită „armătură logică" ce conduce către surprinderea sensului obiectului deja văzut (M. Foucault, J.M. Leger şi R. Garoux, J. de Ajuriaguerra, M. Merleau-Ponty, J.-P. Sartre).

„Privirea obiectului" nu implică însă nici o intervenţie asupra acestuia. Ea este mută. Actul de observare a obiectului, în psihopatologie, se limitează în prima sa etapă la ceea ce este imediat vizibil, exterior obiectului.

Cea de-a doua etapă a actului de observare-înţelegere constă în „ascultarea" obiectului, a persoanei bolnavului, care relatează propriile trăiri sau propria stare sufletească. Actul de ascultare a persoanei se va corela cu cel de privire a acesteia. În acest mod, „privirea clinică are paradoxala proprietate de *a asculta un limbaj*, în acelaşi moment în care acesta *este perceput ca spectacol*" (M. Foucault).

Diferenţa dintre *clinică* (spaţiul privirii medicale) şi *laborator* (spaţiul experimentului) este echivalentă cu cea dintre „un limbaj care se ascultă" şi „întrebarea care se pune" în raport cu obiectul. Roncher-Deratte afirmă, în sensul acesta, că „observatorul citeşte natura, pe când cel care experimentează o interoghează". În felul acesta, observaţia şi experimentul se opun, fără însă a se exclude, prima conducând către cea de-a doua (M. Foucault).

În cazul medicinei somatice, actul de „observaţie clinică" este un dialog material cu „concretul" corporal, anatomofiziologic. În cazul psihopatologiei, actul de observaţie clinică este înlocuit printr-o „deplasare logică" din sfera observaţiei către registrul „privirii care înţelege", adresându-se sensurilor interioare invizibile ale experienţei sufleteşti a semenului.

În psihopatologie, bolnavul psihic este pentru psihiatru un „celălalt". Relaţia clinică se va deplasa, prin urmare, din planul concretului trupesc în planul subiectului sufletesc sau de la *vizibil* la *invizibil*. Cum se face trecerea de la *vizibil* la *invizibil* sau, mai exact spus, cum se face „intrarea în celălalt"? Aceasta este problema fundamentală a oricărei metodologii în psihopatologie.

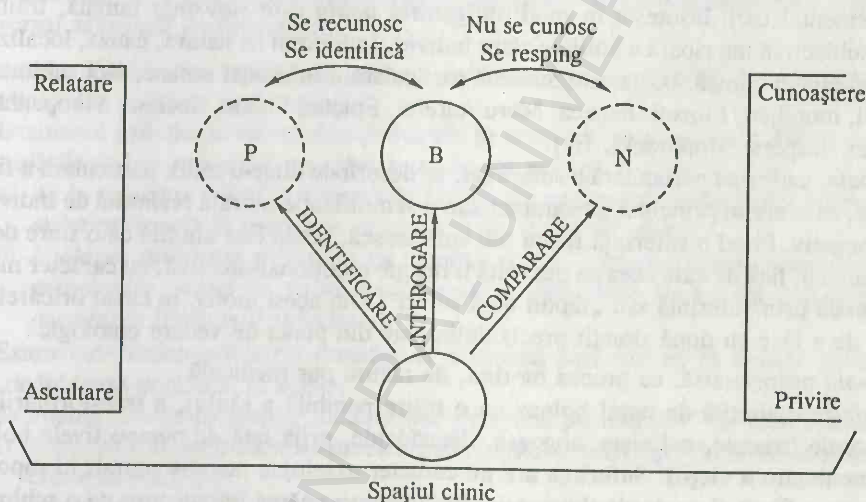
Ceea ce trebuie să surprindem pentru a putea înţelege este mai întâi „tulburarea psihică", iar apoi „semnificaţia fenomenului psihic morbid". În sensul acesta, L. Binswanger spune următoarele: „Ceea ce noi trebuie să căutăm a pătrunde nu este de fapt structura delirului, este cea a omului delirant, este structura noii sale fiinţe în lume". La aceasta, G.E. Morselli va adăuga faptul că, „traversând biologicul, trebuie să descoperim umanul".

Elementul care intervine, în cazul trecerii de la vizibil la invizibil, este, pentru psiholog sau psihiatru, considerarea „prezenţei celuilalt", a bolnavului psihic, ca „obiectivitate".

Obiectivarea subiectului de către observator are semnificaţie numai în cazul în care celălalt, respectiv bolnavul psihic, se înfăţişează ca „prezenţă prin persoană". Numai această „prezenţă" poate stabili o „legătură fundamentală" între observator şi bolnav sau, altfel spus, de „a-fi-în-cuplu-cu-celălalt" (J.-P. Sartre).

În esenţă, cunoaşterea fenomenului psihic morbid în sfera psihopatologiei corespunde, după teoria lui J.-P. Sartre, cu „cunoaşterea celuilalt". În cazul dialogului medic-bolnav, persoana bolnavului este percepută de către medic ca un „celălalt", diferit de el. Între medic (M) şi bolnav (B) se interpune un spaţiu comun, care va fi umplut cu materialul comunicării dintre aceştia, din cursul „dialogului" lor.

Medicul (M) interoghează *bolnavul* (B) şi-l compară pe acesta cu modelul *persoanei normale* (N). Bolnavul va apărea diferit de persoana normală, motiv pentru care medicul va situa persoana bolnavului în sfera patologicului. În felul acesta, bolnavul va fi identificat cu patologicul. În acest moment, se încheie procesul de observaţie-cunoaştere în psihopatologie, aşa cum se poate vedea din schema de mai jos.



Unii specialişti insistă, în situaţia prezentată mai sus, asupra importanţei „fenomenului de oglindă" aplicat la cunoaşterea psihologică a persoanei (H. Wallon, J. Lacan, J.M. Leger şi R. Garoux, J.-P. Sartre). J. de Ajuriaguerra insistă asupra fenomenului oglinzii care reprezintă modul prin care „imaginea celuilalt" se stabileşte în raport cu „mine". Ea este în primul rând o „imagine vizuală şi intercorporală". Cunoaşterea dintre medic (M) şi bolnav (B) este posibilă prin intermediul „corpului", al „Eului corporal" care, în cazul acesta, poate deveni inteligibil prin asocierea dintre „privire" şi „ascultare".

Obiectul psihopatologiei

Obiectul medicinei îl reprezintă *omul bolnav* şi *boala* acestuia (somatică, psihică sau psihosomatică), iar scopul pe care şi-l propune este vindecarea sau restabilirea stării de sănătate.

În psihopatologie, obiectul are un înţeles mult mai larg. Persoana umană are mai multe registre de manifestare a suferinţei. În sensul acesta, distingem mai multe niveluri în organizarea persoanei :

a) *personalitatea*, reprezentând organizarea biopsihologică sau trupul (*soma*) şi viaţa psihică (*psyché*) ;
b) *fiinţa umană*, reprezentată prin Supraeu şi conştiinţă morală ;
c) *individul social* sau persoana umană ca instituţie sociojuridică (responsabilitate, libertate, voinţă, acţiune, relaţii, statut şi rol) ;
d) *fiinţa istorică* sau persoana ca temporalitate, ca existenţă, în sens psihobiografic sau ca „istorie a vieţii individuale", dar integrată lumii şi epocii sale istorice ;
e) *fiinţa metafizică* sau persoana ca proiecţie sau ca „transsubiectivitate" a individului.

Boala psihică, în sfera psihopatologiei, trebuie considerată o stare de alteralitate a tuturor acestor registre care compun, în mod nuanţat, persoana umană, motiv pentru care obiectul psihopatologiei va avea particularităţi specifice.

Elementul care însoţeşte în mod obligatoriu *boala* este *suferinţa* umană, trăită ca stare subiectivă interioară a bolii de către individ. Indiferent de natura, cauza, localizarea sau evoluţia ei clinică, boala este o formă particulară a suferinţei umane, fapt sublimat de medici, moralişti, filozofi (Seneca, Marc Aureliu, Epictet, Platon, Socrate, Schopenhauer, Scheler, Jaspers, Minkowski, Ey).

Boala, ca formă particulară a suferinţei, se desprinde dintr-o trăire particulară a fiinţei umane, care are în principal un caracter sau o semnificaţie morală resimţită de individ în sens negativ. Fiind o suferinţă fizică sau sufletească, boala este simţită ca o stare de rău a persoanei, faţă de care aceasta dezvoltă o reacţie emoţional-afectivă, cu caracter moral, exprimată prin suferinţă sau „faptul de a suferi". Din acest motiv, în cazul oricărei boli avem de-a face cu două situaţii precis delimitate din punct de vedere ontologic :

a) *boala* propriu-zisă, ca proces morbid, de natură pur medicală ;
b) *suferinţa* simţită de omul bolnav ca o trăire penibilă a răului, a transformării sale morale (tristeţe, nelinişte, angoasă, deznădejde, grijă faţă de perspectivele bolii ca ameninţare a vieţii). Suferinţa are un caracter axiologic negativ moral, în raport cu propria fiinţă şi cu destinul acesteia. Suferinţa va apărea întotdeauna ca o schimbare negativă, ca o ameninţare sau chiar ca o întrerupere a cursului vieţii.

Starea de suferinţă care însoţeşte, de regulă, boala nu trebuie însă confundată cu starea de „rău moral", cu viciul, corupţia sau cu păcatul fiinţei umane (H. Ey).

Constituirea conceptului de boală mintală este intim legată de evoluţia istorică a concepţiilor despre om în medicină, în general, şi în psihiatrie, în special.

H. Ey şi K. Schneider pledează pentru natura fizico-biologică a bolii mintale. Pentru H. Ey, dacă orice boală este un proces fizic cu efecte fiziologice, noţiunea *de boală mintală* implică, în cazul acesta, o contradicţie formală. Ea este atât *morală*, cât şi *fizică*. Însăşi denumirea de „boală mintală" are o dublă semnificaţie : „boală" (aspectul fizic) şi „mintală" (aspectul moral, sufletesc). Latura sa fizică este boala, iar latura sa morală este subiectul uman (H. Ey).

Toată această evoluţie demonstrează caracterul esenţialmente vulnerabil al *psihiatriei*, care se prezintă disociată, în plan epistemic, prin opoziţia dintre *fizic* şi *moral*, dintre *trup* şi *suflet* sau dintre *spaţiu* şi *gândire*.

Examenul clinico-psihiatric

Orice examen medico-psihiatric sau psihologic al unei persoane urmăreşte să transpună datele de observaţie directă a unor fenomene naturale în „concepte" şi „enunţuri contextuale" epistemologice cu ajutorul unei metodologii specifice. Aceasta este sarcina ce îi revine persoanei care face investigaţia respectivă.

Orice persoană care „examinează" trebuie *să vadă* (observe) şi *să audă* (asculte) subiectul pe care-l examinează. Această activitate presupune aptitudini, pregătire şi experienţă de specialitate. Actul examinării, atât a unui subiect normal, cât şi a unui bolnav psihic, îşi fixează atenţia asupra următoarelor obiective :

a) precizarea stării psihice a subiectului în momentul examinării ;
b) reprezentarea şi denumirea stării psihice constatate la subiectul examinat printr-o codificare epistemică ;
c) fixarea conceptuală a semnificaţiei stării psihice constatate la subiectul respectiv ;
d) încadrarea subiectului examinat într-o categorie epistemologică convenţională, universal acceptată de specialişti.

Aceste obiective se realizează printr-o suită de „acte de dedublare" metodică, aşa cum se poate vedea în continuare :

1. Examenul psihologic sau clinico-psihiatric permite construirea unui „dublet medico-psihologic" al *suferinţei* considerate ca *boală psihică* :
   a) de la *suferinţa* trăită şi relatată de bolnav ca experienţă sufletească interioară şi strict personală la *imaginea clinică a bolii* fixată de medic ;
   b) *boala* se substituie suferinţei ca rezultat al unei sinteze a gândirii medicale sau psihologice având ca surse următoarele : *observarea* (imaginea bolnavului) şi *ascultarea* (discursul suferinţei).
2. Examenul clinico-psihiatric transformă persoana *care suferă* în *bolnav psihic* sau „dedublează persoana în bolnav".
3. Examenul clinico-psihiatric „dedublează persoana psihiatrului" în două sensuri :
   a) explicator al semnificaţiei medico-psihologice a suferinţei (atribuie *diagnosticul clinic* al bolii) ;
   b) executor al puterii medicale de decizie privind destinul bolnavului (se pronunţă asupra *prognosticului* şi aplică *tratamentul*).

Orice investigare sau cunoaştere a unei persoane cu tulburări psihice începe cu *examenul clinico-psihiatric* al acesteia. Vom prezenta, în continuare, o „schemă-model" a examenului clinico-psihiatric al bolnavilor psihic, în conformitate cu tipul standard de observaţie medicală, folosit de majoritatea specialiştilor.

Orice examen psihiatric are următoarele obiective :

I. *Anamneza* bolnavului, a familiei acestuia sau a altor persoane din anturajul său, ce constă în următoarele :

1. Stabilirea *antecedentelor familiale* ale bolnavului, în special a celor de ordin patologic privind următoarele aspecte :
   a) antecedente directe (părinţi, bunici) ;
   b) antecedente colaterale (unchi, mătuşi, veri, fraţi, surori) ;
   c) descendenţi (copii).
2. Cunoaşterea *antecedentelor personale* ale bolnavului, insistându-se în mod special asupra celor de ordin patologic :

a) naşterea (sarcină dorită, accidentală, nedorită, născut la termen, prematur, sarcină gemelară, complicaţii la naştere etc.) ;
b) dezvoltarea (motorie, senzorială, limbaj, comunicare etc.) ;
c) bolile copilăriei (prezente, absente, complicaţii, igienă, alimentaţie, receptivitatea la boli etc.) ;
d) pubertate şi adolescenţă (cu tulburări de comportament, de caracter, atitudini, interese, dificultăţi de adaptare şi comunicare, de asociere, situaţia oedipiană, formarea identităţii, stări de dependenţă afectivă, carenţe emoţionale, frustrări, sexualitate, ciclul menstrual la fete etc.) ;
e) dezvoltarea psihică şi evoluţia şcolară (normală, cu tulburări, dificultăţi şcolare, integrarea în grupul şcolar, relaţiile şi modul de comunicare cu ceilalţi, comportament şi acţiuni, randament şcolar etc.).

3. *Antecedentele patologice* ale bolnavului privesc următoarele aspecte :
a) boli ale copilăriei care pot genera tulburări în dezvoltarea psihică (convulsii febrile, traumatisme cranio-cerebrale, meningite sau meningo-encefalite etc.) ;
b) alte afecţiuni (TBC, sifilis, alcoolism, toxicomanii, aberaţii sexuale, tulburări endocrine, boli psihice etc.) ;
c) tipul de relaţii (comunicare, conduită şi acţiuni, retras-necomunicativ, comunicativ-deschis, activ, cu iniţiativă, inactiv, dependent, lent, dinamic, complexe, frustrări, acte de suicid etc.).

4. *Istoria bolii actuale* priveşte cunoaşterea modalităţii de apariţie a bolii actuale şi urmăreşte următoarele aspecte :
a) cauzele şi condiţiile care au determinat-o (situaţii conflictuale, psihotraume afective, boli ale sistemului nervos, cauze externe de tipul infecţiilor, intoxicaţiilor, traumatismelor, bolilor somatice primare etc.) ;
b) modul de debut al bolii (brusc, insidios, ca o consecinţă a altor afecţiuni etc.) ;
c) primele manifestări ale bolii care au atras atenţia bolnavului sau a anturajului acestuia (tulburări de somn, inactivitate, schimbarea dispoziţiei afective, tulburări de comportament, schimbări caracteriale, izolare, apelul la alcool sau droguri, idei sau acte de suicid, bizarerii, deplasarea intereselor obişnuite către alte direcţii etc.) ;
d) modalitatea „schimbării personalităţii" bolnavului de la starea de normalitate către o „configuraţie clinico-psihiatrică" specifică prin apariţia unor tulburări clinice net manifestate şi organizate specific într-o formă sau într-un „tablou clinic" (depresie, halucinaţii, delir, crize epileptice etc.) ;
e) tipul de evoluţie clinică a bolii (acut, continuu şi progresiv sub formă de episoade clinice intermitente, cu evoluţie ciclică-periodică, crize paroxistice cu intervale libere intraaccesuale etc.) ;
f) modul de prezentare a bolnavului la medic (la cererea acestuia, adus de familie, adus de autorităţile de ordine publică, trimis de organele judiciare în vederea expertizării medico-legale psihiatrice sau pentru internare obligatorie sub supraveghere etc.).

II. *Examenul clinico-psihiatric* al bolnavului reprezintă cea de-a doua etapă şi este un moment extrem de important în cunoaşterea cazului respectiv. Acesta cuprinde următoarele etape :

1. *Primul contact cu bolnavul* şi *observarea* acestuia se referă la „aspectul" individului ca prezenţă, ca o primă impresie pe care acesta o face examinatorului. Sunt avute în vedere următoarele aspecte :

a) tipul constituţional, biotipul (longilin-astenic, picnic, atletic sau displastic), din care se poate deduce „predispoziţia” persoanei respective către o anumită stare morbidă corespunzătoare psihotipului acestuia (introvertit-schizotim, extravertit-ciclotim, mixt-epileptoid) ;
b) fizionomia se referă, în primul rând, la aspectul „morfopsihologic” al feţei (retractat-introvert sau dilatat-extrovert), apoi la mimica bolnavului respectiv (indiferentă, tristă, veselă, tensionată, irascibilă, bizară, grimase, ticuri, cicatrici etc.) ;
c) semne sau stigmate ale unor infirmităţi : stigmate de degenerescenţă care ţin de tipul constituţional biopsihologic al bolnavului respectiv şi care pot fi :
   – stigmate fizice : talie redusă, hipostaturală (nanism, infantilism) sau talie exagerată, hiperstatură (gigantism), micro- sau macrocefalie, hidrocefalie, urechi asimetrice, asimetrie facială, defecte de închidere a liniei mediane (buză de iepure, gură de lup), defecte de implantare a dinţilor, nas în şa, prognatism, malformaţii ale membrelor, ale feţei şi capului, imaturitatea organelor genitale etc. ;
   – stigmate psihice : oprirea în dezvoltarea psihointelectuală, imaturitate afectivă, nedezvoltarea limbajului, instabilitate, impulsivitate, dificultăţi de adaptare-integrare socială, amoralitate, conduite agresive etc. ;
d) atitudinile bolnavului : umilă, neliniştită, agresivă, orgolioasă, rezervată sau agitată etc. ;
e) ţinută şi igienă personală : neglijentă, îngrijită, excentrică, lipsă de igienă personală etc. ;
f) comunicare : bolnavul este reţinut, vorbeşte puţin, rar şi şoptit sau refuză să vorbească. Dimpotrivă, este comunicativ, deschis, vorbăreţ. Este agresiv, ameninţă, se consideră frustrat, nedreptăţit, vorbeşte mult, pe un ton ridicat, gesticulează, recită versuri, este incoerent. În unele cazuri, caută să ne capteze atenţia, bunăvoinţa, să iasă în evidenţă etc.

2. *Examenul funcţiilor psihice ale bolnavului* este foarte important şi reprezintă actul clinic prin care se fundamentează cunoaşterea psihopatologică a cazului respectiv, în scopul stabilirii naturii tulburărilor sale, al depistării proceselor psihice tulburate şi, în final, al stabilirii diagnosticului clinic pentru situarea suferinţei într-unul dintre tablourile clinice sau grupele nosologice. Examenul clinico-psihiatric se desfăşoară în următoarele etape succesive :

a) Aprecierea *stării de conştiinţă* :
   – bolnavul este prezent, orientat în timp şi spaţiu, are o conştiinţă clară despre sine şi despre starea sa, este sinton cu realitatea ;
   – bolnavul este lent, uşor, parţial sau total dezorientat spaţio-temporal şi asupra propriei persoane, nu-i recunoaşte pe cei apropiaţi, pe membrii familiei sale, este bradipsihic, răspunde cu întârziere, este somnolent etc. ;
   – bolnavul este confuz, incoerent, dezorientat auto- şi alopsihic, neputându-se stabili nici un fel de comunicare cu acesta.
b) *Atenţia* poate prezenta următoarele modificări :
   – mobilă, bolnavul nu-şi poate concentra atenţia asupra unui lucru, unei persoane sau discuţii ;
   – dificilă sau absentă : bolnavul nu este atent la ce se petrece în jurul său, este indiferent, absent.

c) Aprecierea tulburărilor din *sfera perceptivă* ne pune în evidenţă următoarele aspecte:
- perceperea corectă a realităţii;
- perceperea deformată a realităţii (iluzii);
- acuze perceptive diferite de a căror natură nefirească, anormală, bolnavul este conştient, considerându-le ca atare (dureri, cenestezii, cenestopatii etc.);
- perceperea patologică a unor „voci", „imagini vizuale", „gusturi" sau „mirosuri" etc. fără sursă sau obiect real exterior, de tipul halucinaţiilor.

d) Aprecierea unor *tulburări în sfera gândirii* bolnavilor se va referi la următoarele aspecte:
- asociaţii ideative: lente, incoerente, fugă de idei, asociaţii prin asonanţă, monoideism etc.;
- imaginile mintale: şterse, confuze, imprecise sau bogate, derulare panoramică, impresii de stranietate etc.;
- idei delirante: sistematizate tematic (de grandoare, de persecuţie, ipohondriace, mistice, erotice, de transformare corporală etc.) sau nesistematizate tematic, difuze, incoerente, cu tonalitate tristă (delir melancolic) sau cu tonalitate exaltat-pasională, euforică (delir de expansiune), idei delirante, simple sau unice, asociate cu halucinaţii etc.

e) *Tulburările de memorie* ale bolnavilor pot lua următoarele aspecte psihopatologice:
- tulburări de evocare mnezică imediată sau a unor evenimente anterioare, depărtate în timp;
- amnezii lacunare, antero- sau retrograde;
- dismnezii, paramnezii, confabulaţii etc.

f) Aprecierea *stării de dispoziţie* şi *a vieţii afective* pune în evidenţă următoarele aspecte:
- indiferentism afectiv, dispoziţie tristă, depresivitate, plâns, asociate cu un monoideism trist, bradpsihic;
- expansivitate, dispoziţie euforică, polipragmazie, râs, tendinţă la exprimare prin calambururi, fugă de idei, gândire prin asonanţă, moria;
- închidere în sine, răceală afectivă, indiferentism, inafectivitate.

g) Evaluarea *formelor de expresie* (verbală, mimică, scris, desen) şi a comunicării bolnavilor priveşte o serie de aspecte, dintre care cel mai important este limbajul verbal. Referitor la limbaj, remarcăm în cursul observaţiei clinico-psihiatrice următoarele:
- vorbire rapidă sau lentă, ezitantă, baraje verbale, voce şoptită sau de intensitate crescută, ameninţări şi injurii verbale, limbaj moriatic, limbaj afectat, manierist etc.;
- vocabular bogat sau sărac, neologisme de factură bizară, utilizarea unor „limbaje artificiale" de factură patologică (glosolalie, pseudoglosolalie, schizofazie, afazie), stereotipii verbale.

h) Investigarea *sferei instinctive* ne poate pune în evidenţă tulburări dintre cele mai diferite din sfera instinctelor, tendinţelor şi a trebuinţelor bolnavului, cum ar fi, de exemplu, următoarele:
- scăderea sau pervertirea instinctului alimentar (inapetenţă, bulimie, anorexie mintală, pică, coprofagie etc.);
- în sfera instinctului sexual, se notează o diminuare sau o exaltare a nevoilor sexuale, precum şi o pervertire a instinctului sexual.

i) Observarea *reacţiilor*, a *conduitelor* şi *acţiunilor* bolnavului – direct de către medic sau din relatările aparţinătorilor acestuia – ne furnizează informaţii deosebit de utile, cum ar fi următoarele:

– reacţii bizare, neobişnuite ca intensitate şi tonalitate afectivă, crize impulsive sau absenţa oricărei reacţii etc. ;
– conduite automate, unele dintre ele executate în virtutea unei relaţii de dependenţă sau induse sugestiv, conduite discordante în raport cu realitatea, conduite agresive, antisociale, de violenţă etc. ;
– inactivitate, pasivitate sau acţiuni bizare, periculoase, automate, stereotipe, negativism etc.

Toate acestea pot avea o motivaţie psihopatologică, ele fiind reacţii, conduite sau acţiuni dictate de stările delirante, halucinaţii, impulsiuni morbide etc. În majoritatea cazurilor, ele pot avea un caracter de periculozitate pe care examinatorul trebuie să-l surprindă, orientat fie împotriva persoanei bolnavului (autoagresivitate, acte suicidare), fie împotriva celorlalţi (violenţă, omucideri, distrugeri de bunuri, clastromanie, piromanie etc.).

III. *Examenele clinice complementare* ale bolnavului psihic se impun cu obligativitate. Nu trebuie să ne limităm exclusiv la observarea clinică a tulburării proceselor psihice. Este absolut necesar să se facă şi un *examen somatic* al bolnavului, precum şi un *examen neurologic* complet. Acestea pot aduce informaţii suplimentare preţioase, care vor completa *examenul clinico-psihaitric.*

IV. *Examenele şi investigaţiile paraclinice complementare* ale bolnavilor sunt deosebit de importante. În sensul acesta, menţionăm următoarele :
– electroencefalograma şi RMN, care pot pune în evidenţă focare de iritaţie sau leziuni cerebrale de diferite tipuri (atrofii, tumori, abcese cerebrale, leziuni traumatice, hemoragii etc.) ;
– RBW este o probă preţioasă ca indicator pentru sânge sau LCR ca indicator al prezenţei unei infecţii luetice ;
– cariograma, formula cromozomială, poate da indicaţii în cazul unor maladii degenerative familiale, de factură genetică (sindromul Down, gargoilismul, maladia Klinefelter, idioţia amaurotică Tay-Sachs) ;
– examenul psihodiagnostic este un preţios auxiliar în aprofundarea sau precizarea cunoaşterii clinice a bolnavului prin faptul că ne oferă un caracter obiectiv sau de „obiectivare” a tulburărilor psihice observate la pacientul respectiv. Se vor efectua, în sensul acesta, probe de atenţie, memorie, gândire etc. Se vor aplica teste proiective de personalitate, scale de evaluare, chestionare, teste de inteligenţă etc.

V. *Ancheta socială* privind persoana bolnavului poate reprezenta, când este sinceră şi serioasă, riguros efectuată, o sursă unică de informaţii la care nu putem avea acces direct şi care ne va furniza date privind comportamentul bolnavului şi impresiile referitoare la acesta din familia sa, grupul şcolar, profesional, social etc.

Cunoaşterea persoanei bolnavului psihic se face, aşa cum am arătat, prin intermediul examenului clinico-psihiatric şi al celui psihologic. Examinarea bolnavului urmăreşte stabilirea, în final, a *diagnosticului clinic*, fapt care implică următoarele elemente :
a) un *factor moral* legat de responsabilitatea profesională, de concepţia morală şi atitudinea moral-umanistă a examinatorului faţă de omul aflat în suferinţă ;
b) *discreţie*, legată de aspectul deontologic al secretului medical ;
c) *delicateţe* şi *respect* faţă de pudoarea, anxietatea, necunoscutul şi neprevăzutul cu care este confruntat bolnavul supus examenului medical ;
d) *tact* şi *măiestrie* în conducerea examinării medicale a bolnavului ;
e) *cunoştinţe profesionale* temeinice ;

f) o *logică riguroasă* în interpretarea clinico-psihiatrică a bolnavului examinat ;
g) folosirea *datelor culese* de examenul medical în scopul restabilirii sănătăţii bolnavului ;
h) stabilirea unui *contact interuman pozitiv* cu bolnavul, cu valoare emoţională în procesul terapeutic.

Socrate spune că cel care trebuie pus în situaţia de a judeca pe altul trebuie mai înainte să-şi orienteze judecata asupra lui însuşi, pentru a nu greşi. Acest fapt trebuie avut în vedere şi în cazul examenului medical al unui bolnav psihic, ca o conduită morală obligatorie.

Examinarea medicală este actul prin care medicul intră în contact cu bolnavul supus observaţiei clinice, în scopul descoperirii şi cunoaşterii bolii acestuia. Esenţa acestui contact are o semnificaţie logică. Orice examen medical este o succesiune de momente şi de operaţii logice care constituie gândirea medicală sau raţionamentul clinic, conducând către diagnostic. Acesta reprezintă un tip de raţionament prin „reducţie fenomenologică", aşa cum se va vedea în continuare.

Examenul clinico-psihiatric presupune, aşa cum am arătat mai sus, mai multe etape, şi anume :

1. Bolnavul îşi expune suferinţa, resimţită de el ca boală, sub forma unor manifestări pe care le enumeră şi care sunt pentru medic simptomele sau semnele clinice care exprimă suferinţa.
2. Etapa de analiză, sinteză şi clasificare a simptomelor într-o ordine logică, în conformitate cu gravitatea, primaritatea sau secundaritatea lor, ierarhia apariţiei, evoluţiei clinice etc.
3. Psihiatrul operează, în final, un act de „reducţie fenomenologică", punând între paranteze datele culese anterior de la bolnav, din relatările acestuia, sau observaţia clinică directă.
4. Rezultatul reducţiei fenomenologice va fi reprezentat printr-un grupaj sindromologic, un veritabil „complex de simptome", reprezentând concluzia raţionamentului clinic, respectiv boala, tabloul clinic ce rezultă din aceste grupaje simptomatologice.

Reconstituirea anamnezei este o parte esenţială a examenului psihiatric şi constă în regruparea, interpretarea şi înţelegerea simptomelor culese în cursul dialogului dintre medic şi bolnav. În sensul acesta, va trebui să ţinem seama de următoarele aspecte :

a) Este imposibil de separat *istoria bolii* de *istoria vieţii individuale* (psihobiografia) bolnavului. Fiecare element biografic poate avea o semnificaţie favorabilă sau nefavorabilă în geneza tulburărilor sale clinice, în procesul de dezorganizare a sistemului personalităţii, a relaţiilor sale cu ceilalţi, a conduitelor etc.
b) Anamneza trebuie să fie cât se poate de obiectivă. Se va face distincţie între aspectele obiective ale bolii şi relatările subiective ale bolnavului faţă de propria suferinţă şi istorie biografică.

Anamneza trebuie să evite aspectele nesemnificative, anecdotice, colecţionând şi reţinând numai datele reale. Culegerea datelor anamnestice constă în a preciza şi a ordona relatarea (naraţiunea) spontană a bolnavului, căutând să i se completeze „golurile". Principalele aspecte care trebuie urmărite sunt :

- istoria vieţii personale a bolnavului (psihobiografia) ;
- istoria tulburărilor psihice ;
- istoria medicală a cazului (examene medicale anterioare, diagnostice, tratamente, modele de evoluţie, vindecări, recăderi, ciclicitatea evoluţiei clinice etc.) ;

– cadrul familial, sociocultural şi profesional al acestuia.

Asupra tulburărilor psihice se vor avea în vedere două aspecte :

a) antecedentele patologice : episoade analoage anterioare, starea interepisodică, antecedente somatice şi psihiatrice (traumatisme, oboseală, situaţii stresante, infecţii, alcool, droguri etc.) ;
b) caracteristicile episodului actual : acuzele pacientului, modul de apariţie a tulburărilor, reacţia şi relatările anturajului etc.

Referitor la istoria personală a subiectului, vom avea în vedere următoarele aspecte :

a) istoria biografică aşa cum este ea relatată de bolnav ;
b) felul în care episoadele clinice au fost trăite de bolnav ;
c) perioadele „uitate" sau cele „omise" din relatarea bolnavului ;
d) date furnizate de familie, anturaj etc. ;
e) modul de dezvoltare şi evoluţie a personalităţii bolnavului.

Toate datele sus-menţionate demonstrează faptul că examenul clinic este un tip particular de raţionament, care, pornind de la *bolnav*, ajunge la *boală* sau de la *suferinţă* ca trăire subiectivă la *diagnostic* ca formă de cunoaştere medicală.

Ca act medical, examenul clinic al bolnavului psihic implică mai multe „etape" succesive, şi anume :

– primul contact cu bolnavul ;
– explorarea bolnavului, convorbirea medicală sau interviul ;
– anamneza biografică sau istoricul bolii actuale ;
– chestionarea anturajului bolnavului ;
– explorarea psihologică, cu ajutorul testelor psihodiagnostice, a personalităţii bolnavului respectiv.

Vom analiza în continuare aceste aspecte.

Primul contact cu bolnavul

De regulă, motivele consultaţiei psihiatrice sunt ascunse de bolnav, care se ruşinează sau se simte vinovat faţă de acestea. Sunt însă destul de frecvente situaţiile în care bolnavii vin direct la medic ca să-şi expună acuzele.

Bolnavii se află într-o permanentă dilemă care-i frământă, îi nelinişteşte, legată de faptul că trebuie să se destăinuiască, să-şi descopere intimitatea propriilor probleme sufleteşti unor persoane necunoscute. Din aceste motive, întâlnirea cu medicul, consultul medical, este de obicei întârziată. Adesea, bolnavii sunt aduşi la medic împotriva voinţei lor.

De modul de comportare a medicului, de momentul „primei întâlniri" va depinde ceea ce va urma, cum va fi relaţia dintre acesta şi bolnav. Un prim contact pozitiv va influenţa favorabil atât diagnosticul, cât şi tratamentul. Dacă bolnavul nu-şi va destăinui în mod spontan propriile probleme, atunci îi revine medicului sarcina de a acţiona cu tact şi prudenţă, de a începe să conducă conversaţia.

Se vor lua în discuţie felul de viaţă, situaţia profesională sau şcolară, familială, adaptarea bolnavului la mediul social, precum şi bolile de care a suferit acesta anterior, modul de debut şi evoluţia bolii actuale, starea prezentă.

Convorbirea medicală

Pentru a se realiza o anamneză, între medic şi bolnav se va desfăşura o conversaţie cu caracter de interviu, care ulterior trebuie să se transforme într-o relatare liberă, nedirijată, deschisă şi sinceră a bolnavului (naraţiunea clinică a bolii).

Convorbirea medicală urmăreşte clarificarea diagnosticului în scopul instituirii celui mai adecvat tratament. În acest sens, sunt avute în vedere următoarele reguli ale conversaţiei medicale cu bolnavul :

a) medicul nu trebuie să-i pună bolnavului întrebarea într-un anumit fel şi nu trebuie să aştepte răspunsul acestuia, ci bolnavul trebuie să aibă impresia că el este cel care dă sensul discuţiei ;
b) medicul trebuie să asculte şi să-şi observe bolnavul cu răbdare şi înţelegere, fără a influenţa răspunsul acestuia ;
c) medicul trebuie să deducă din relatările bolnavului elementele valorice semnificative în raport cu boala, eliminând toate amănuntele lipsite de importanţă clinică. Se au în vedere următoarele aspecte din cursul conversaţiei : vocea, mimica, gestica, ţinuta corporală, igiena personală, manifestările emoţional-vegetative ale bolnavului etc. ;
d) este deosebit de important mai ales ceea ce bolnavul relatează în mod spontan, faptele sau evenimentele care-l interesează sau care l-au impresionat cel mai mult din trecutul său, pe care le consideră cele mai importante, modul de participare sau de angajare emoţională la propria suferinţă şi atitudinea faţă de relatările sale ;
e) trebuie făcută legătura între afecţiunea psihică prezentă şi evenimentele vieţii trăite anterior de bolnav ;
f) medicul trebuie să pună întrebări detaliate, căutând să adopte o atitudine de înţelegere faţă de bolnav şi faţă de suferinţa acestuia, să aibă tact, răbdare, să nu întrerupă sau să bruscheze bolnavul, să nu-i sugereze idei străine etc. ;
g) conducerea discuţiei medicului cu bolnavul depinde de atitudinea, atenţia şi interesul medicului, ca stil profesional, fapt care contribuie în mare măsură la crearea unei atmosfere de intimitate favorabilă contactului şi desfăşurării sincere a conversaţiei ;
h) pe tot parcursul conversaţiei, medicul trebuie să aibă o atitudine de seriozitate prietenească, deschisă şi înţelegătoare, dând impresia că poate oferi încredere şi ajutor eficient bolnavului în rezolvarea problemelor acestuia.

În psihiatrie, convorbirea medicală cu copiii şi adolescenţii are un caracter particular. De regulă, este necesară şi participarea altor membri ai familiei la anamneză.

Anamneza psihiatrică

Anamneza psihiatrică urmăreşte reconstituirea „istoriei bolii" pe care medicul o va integra în „istoria vieţii bolnavului" sau în psihobiografia acestuia. În acest caz, se au în vedere următoarele aspecte :

a) existenţa unor afecţiuni psihiatrice sau neurologice ;
b) suferinţele sau reacţiile emoţional-afective ale bolnavului ;
c) tentative sau idei de suicid în antecedente ;

d) natura relaţiilor sociale ale bolnavului ;
e) potenţialitatea agresivă, latentă sau manifestă, a acestuia ;
f) acte agresive anterioare sau prezente ;
g) tipul de relaţii şi comunicare din familia personală.

Chestionarea anturajului bolnavului

Această etapă a examenului clinic al bolnavului psihic are o valoare deosebită, întrucât ne poate revela detalii sau aspecte pe care bolnavul nu le relatează, fie că le-a uitat, fie că le ascunde. Aceste informaţii sunt legate în special de debutul şi evoluţia bolii în primele sale faze, dar şi de evenimentele psihotraumatizante sau de situaţiile penibile din viaţa bolnavului, stările complexuale etc.

Informaţiile pe care le culegem de la familia, anturajul bolnavului sau din alte surse apropiate acestuia sunt importante şi din alte puncte de vedere. Trebuie să cunoaştem „atitudinea familiei" faţă de bolnavul psihic (ocrotire, indiferenţă, dorinţa de a-l exclude din grupul familial, dorinţa de a ascunde faptul că este bolnav psihic etc.). Aceleaşi aspecte trebuie avute în vedere atunci când urmărim să cunoaştem „atitudinea anturajului" (ocrotire, indiferenţă, marginalizare etc.).

Faţă de aceste informaţii trebuie să avem multă rezervă. Ele pot ascunde interese, conflicte nedeclarate sau recunoscute ca atare. Adesea, bolnavii psihic aduşi de familie pot constitui „instrumentul" realizării unor interese ale acesteia. În alte situaţii, bolnavii psihic, mai ales în cazul copiilor cu tulburări psihice, pot fi „simptomul" unor stări de tensiune, conflicte sau probleme de altă natură din familia respectivă.

Cea mai bună atitudine a medicului psihiatru sau a psihologului care investighează anturajul bolnavului psihic este cea de „neutralitate". Orice fel de informaţie trebuie luată sub o anumită rezervă, care să nu angajeze nici una dintre părţi. Trebuie să se arate aceeaşi bunăvoinţă neutră atât faţă de bolnav, cât şi faţă de anturajul acestuia. Atât bolnavul, cât şi anturajul său trebuie să aibă încredere în personalul medico-psihologic de îngrijire. Să nu se distanţeze sau să se înstrăineze de acesta. Contactul, atât cu bolnavul, cât şi cu anturajul său, trebuie să fie deschis, sincer, să dea impresia că este în avantajul bolnavului, că nu-i aduce nici un fel de prejudicii personale.

Comunicarea cu bolnavul, dar şi cea cu anturajul acestuia trebuie să fie permanente. În plus, medicul şi psihologul trebuie ca prin această comunicare să favorizeze „dialogul bolnav-anturaj" în scopul reintegrării acestuia în familie, şcoală/loc de muncă, societate.

Explorarea psihologică

Examenul clinico-psihiatric, ca modalitate particulară de „convorbire cu bolnavul", trebuie, dincolo de aspectul său subiectiv, să aibă şi fundamentarea unei obiectivări a relatărilor bolnavului. Aceasta revine explorării psihodiagnostice, care completează investigarea clinică a bolnavului, prin aplicarea unor probe sau teste psihologice.

În cazul examenului psihologic se vor avea în vedere următoarele aspecte : nivelul de inteligenţă, starea de conştiinţă, percepţia, memoria, gândirea, formele de expresie,

sfera emoţional-afectivă, tipul de contact, interesele şi preocupările bolnavului, integrarea sa în realitate etc.

Trebuie totuşi subliniat faptul că examenul psihologic completează examenul clinico--psihiatric, dar nu-l poate înlocui. Prin aplicarea testelor psihologice, nu se poate stabili un diagnostic clinico-medical, ci numai un „profil psihologic" care se adaugă la examenul clinic.

În psihopatologie, psihodiagnosticul utilizează următoarele tehnici de investigare (R. Meili, J. Delay şi P. Pichot):

1. *Testele mintale* (testele de inteligenţă, de percepţie simplă şi de memorie) urmăresc punerea în evidenţă a unor situaţii de deficienţă de intelect sau a unor stări de deteriorare (leziuni organice cerebrale, demenţe etc.), precum şi a unor stări defectuale postprocesuale (de regulă postpsihotice).
2. *Testele de personalitate* vor utiliza fie chestionarele (MMPI, Cattell, Eysenck), fie testele proiective (TAT, Rorschach, testul pomului, testul persoanei umane etc.).
3. *Scalele de evaluare* reprezintă un mijloc standardizat de evaluare a datelor furnizate de examenul clinic şi sunt reprezentate prin următoarele: inventare generale de simptomatologie, scale de evaluare pentru bolnavii psihotici internaţi, scale special adaptate pentru investigarea unei anumite tulburări clinice (anxietate, depresie, tulburări nevrotice).
4. *Listele de criterii diagnostice.* Acestea corespund necesităţii de a ameliora concordanţa diagnosticelor diferite rezultate din observaţiile clinicienilor cu „concepţii psihiatrice" deosebite între ele. Se urmăreşte prin aceasta stabilirea unui acord comun între diferiţii specialişti, prin omogenizarea grupelor de bolnavi studiaţi, în aşa fel încât rezultatele obţinute să fie concordante între ele, comunicabile şi utilizabile de majoritatea specialiştilor.

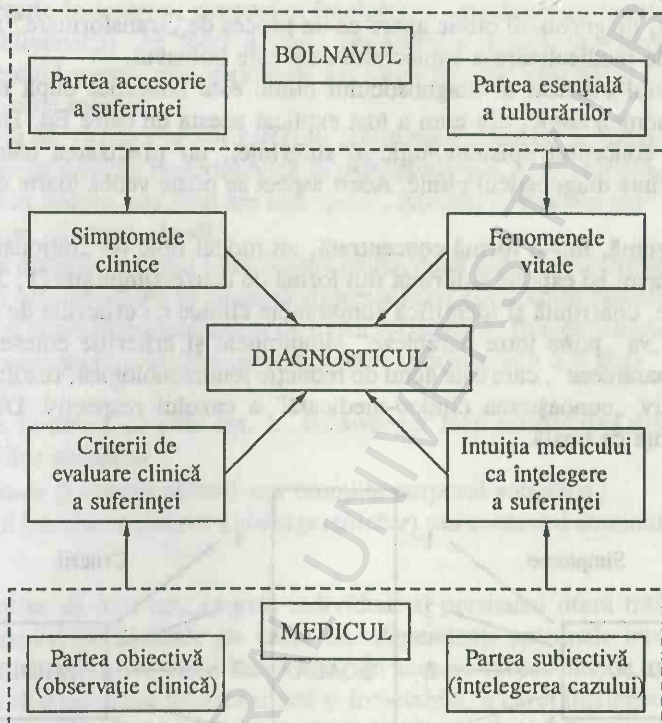
Diagnosticul

Diagnosticul este actul prin care, pornind de la observaţia clinică a bolnavului, medicul stabileşte forma sau tipul bolii acestuia. Pe aceste considerente, diagnosticul clinic trebuie privit ca un mod particular de „raţionament medical". Toată gândirea medicală clinică este axată pe diagnostic.

În cadrul acestui proces, *bolnavul* şi *boala* reprezintă concepte operaţionale ale gândirii medicale. Diagnosticul, ca formă de gândire medicală, este un raţionament de tip deductiv care urmăreşte să dea o formă logică, coerentă „suferinţei bolnavului", convertind datele de semiologie clinică (simptomele) în elemente din care se construieşte „cunoaşterea medicală". Aceasta va avea, în final, o formulare diagnostică, reprezentând rezultatul unui demers epistemologic.

Etapele gândirii medicale reprezintă un raţionament care, pornind de la aspectele subiective relatate de bolnav şi datele de observaţie obiectivă constatate de medic, va conduce la o concluzie finală de factură logic-obiectivă care este diagnosticul clinic. Acest tip de raţionament este un proces mintal deosebit de complex şi de o mare subtilitate ce are ca model filozofic raţionamentul fenomenologic, pornind de la *bolnav* şi ajungând la *boală* sau de la fiinţa umană la alteralitatea acesteia, în care bolnavul ca

persoană se va recunoaşte. În felul acesta, diagnosticul stabileşte un „acord epistemologic” între medic şi bolnav. Etapele raţionamentului medical al diagnosticului clinic sunt reprezentate în schema de mai jos :



Să analizăm în detaliu componentele din schema de mai sus, axându-ne pe cei doi termeni, *bolnavul* şi *medicul*, ca *părţi* care concură la realizarea diagnosticului.

Bolnavul prezintă o *latură subiectivă*, esenţială pentru el întrucât este resimţită în sfera conştiinţei proprii, şi o *latură obiectivă*, pe care însă o resimte ca fiind accesorie celei dintâi.

Latura obiectivă cuprinde sentimentul, trăirea suferinţei în planul propriei conştiinţe, precum şi atitudinea faţă de suferinţă. Latura obiectivă cuprinde totalitatea manifestărilor exterioare ale bolii sau tulburările organo-funcţionale, somatopsihice, respectiv ceea ce medicul surprinde ca „simptome clinice” ale bolii respective.

Medicul, în calitatea sa de observator al bolnavului, prezintă şi el o *latură subiectivă*, de tip emoţional-afectiv, prin coparticiparea la suferinţa bolnavului, şi o *latură obiectivă*, raţională, raportată la observaţia clinică a cazului, căreia caută să-i dea o formă raţională.

Latura subiectivă se referă la intuiţia sau capacitatea de penetrare, de surprindere de către medic a suferinţei bolnavului. Latura obiectivă se referă la experienţa clinică a medicului, la criteriile de evaluare de către acesta a simptomelor clinice prezentate de bolnav.

În relaţia medic-bolnav se va produce următorul proces de comunicare :

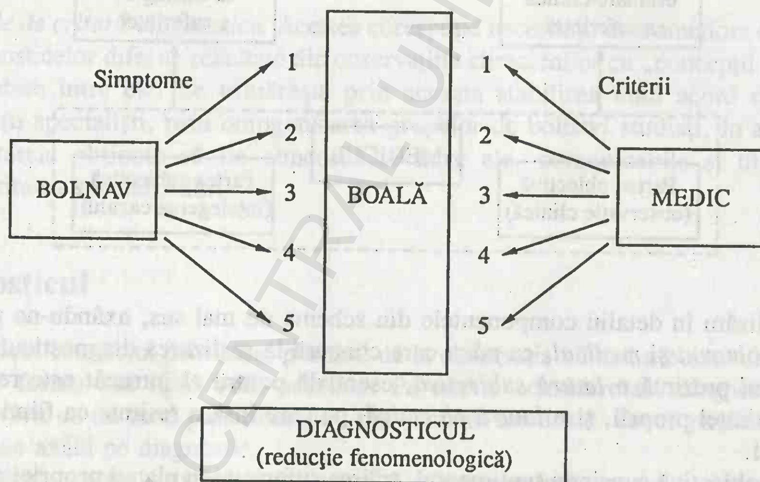
a) suferinţele sau acuzele clinice ale bolnavului sunt transformate de medic în criterii diagnostice, respectiv interpretate ca „simptome";
b) fenomenele vitale sunt percepute de medic ca schimbări clinice ale personalităţii bolnavului din cauza bolii acestuia.

În acest caz, diagnosticul clinic apare ca un proces de „transformare" a suferinţei în boală, un act de medicalizare a subiectului care este bolnavul.

Raţionamentul medical al diagnosticului clinic este conceput după modelul raţionamentului fenomenologic, aşa cum a fost explicat acesta de către Ed. Husserl.

Boala este conceptul epistemologic al suferinţei, iar precizarea naturii şi formei acesteia reprezintă diagnosticul clinic. Acest aspect se poate vedea foarte clar în schema de mai jos.

Schema rezumă, într-o formă concentrată, un model tipic de „raţionament fenomenologic". Bolnavul îşi expune suferinţa sub formă de acuze-simptome (1, 2, 3, 4, 5), iar medicul culege, confruntă şi identifică simptomele clinice cu criteriile de diagnostic. În final, medicul va „pune între paranteze" simptomele şi criteriile culese. Din această „punere între paranteze", care este actul de reducţie fenomenologică, rezultă diagnosticul clinic, respectiv „cunoaşterea clinico-medicală" a cazului respectiv. Diagnosticul va denumi suferinţa ca boală.



Interpretarea hermeneutică a fenomenelor psihice morbide

Diagnosticul clinic este un model de raţionament medical de factură fenomenologică ce converteşte suferinţele bolnavului în boală. El este baza modelului de gândire medicală, dar reprezintă, de fapt, un aspect de factură „exterioară", fără a intra în interiorul semnificaţiei suferinţei bolnavului. Obiectivează suferinţa fără a o explica, o determină şi o defineşte, denumind-o şi clasificând-o. Se impune o interpretare a sensului interior al suferinţei.

Pentru W. Dilthay, înţelegerea trăirilor individuale şi raportul acestora cu fiinţa celui care le-a trăit sunt calea care ne conduce către înţelegerea „fenomenului omenesc" sub

toate aspectele sale. Autorul citat a numit această metodă „comprehensiunea hermeneutică" (*hermeneutisches Verstehen*). Prin aceasta se urmăreşte înţelegerea sau aprehensiunea trăirilor interioare, într-un dublu sens: „de la sensul trăirii la persoană" şi „de la persoană la sensul trăirii". Ceea ce rămâne în final este cunoaşterea intimă a trăirilor concepute în interior, precum şi înţelegerea „momentelor centrale" ale fiinţei umane (H. Tellenbach). În felul acesta, imaginea şi concepţia despre om ale lui W. Dilthay deschid pentru psihopatologie un câmp larg de interpretare şi înţelegere a fenomenului psihic morbid.

K. Jaspers şi M. Scheler se vor referi la „conţinutul tematic" al tulburărilor psihice, inaugurând o nouă direcţie metodologică în psihopatologie, spre deosebire de psihiatria clinică, ce are în vedere, aşa cum am mai spus, „aspectul formal-extern" al tulburărilor clinice (simptom, sindrom, boală).

M. Scheler distinge în cazul unui bolnav psihic două aspecte conjugate: o dereglare funcţională, în spatele căreia se situează expresia unor conţinuturi intenţionale de trăiri sufleteşti sau un anumit comportament de trăire sufletească. În sensul acesta, M. Scheler subliniază necesitatea de a se face distincţie între „dorinţa de a fi bolnav" şi „dorinţa de a părea bolnav".

Plecând de la datele de mai sus, L. Binswanger face următoarea diferenţiere între formele funcţiilor sufleteşti:

a) funcţiile vitale (*Lebensfunktion*) sau funcţiile corporal-somatice;
b) istoria vieţii interioare (*innere Lebensgeschichte*) sau contextul conţinuturilor trăirilor sufleteşti.

În sensul celor de mai sus, centrul individual al persoanei oferă trăirilor sufleteşti anumite conţinuturi intenţionale ale căror interdependenţe spirituale interne reprezintă însăşi noţiunea de „istorie a vieţii interioare". În această succesiune de experienţe trăite poate fi urmărită o corelaţie istorică unică şi irepetabilă, a cărei înţelegere se realizează prin întoarcerea ei către persoana spirituală individuală. Datorită acestei întoarceri, se construieşte în decursul vieţii un sistem de importanţe şi raporturi de importanţe de care depind anumite trăiri particulare oferite ca posibile unui om.

Psihiatria comprehensivă, a sensurilor, trebuie să găsească în cadrul trăirilor unei persoane „contextul psihologic", în sensul „fenomenologiei spirituale", care, după Ed. Husserl, este o „unitate a sensurilor sau a comprehensiunii unor momente care se alcătuiesc interior".

Pornind de la aceste aspecte, L. Binswanger a introdus *principiul hermeneutic* ca metodă în psihopatologie. Întrucât metoda hermeneutică în psihopatologie este legată de semnificaţia istoriei vieţii interioare a subiectului, vom avea în vedere faptul că ea reprezintă însăşi fundamentarea inteligibilului epifenomenal în neinteligibil – sau a bolii psihice asupra sănătăţii mintale.

Elementul central al *hermeneuticii psihiatrice* îl constituie „facultatea de a înţelege" atât a persoanei, cât şi a naturii sale sufleteşti. Orice întâlnire cu un bolnav psihic pune următoarele întrebări pentru medicul psihiatru:

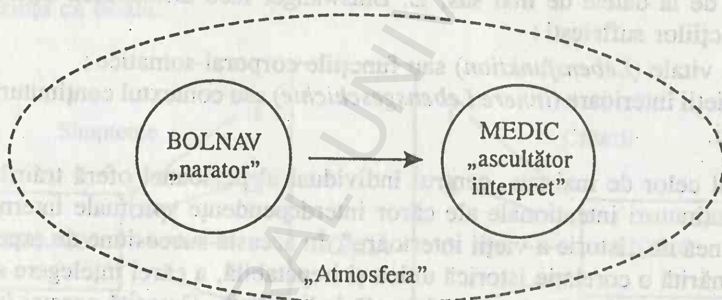
a) Cum trebuie să înţeleg ceea ce spune?
b) Cum gândeşte acesta?
c) Cum acţionează?
d) Care este sensul gândirii şi al acţiunii acestuia?

Cu aceste întrebări intrăm în domeniul hermeneuticii psihopatologice. În această situaţie, obiectul este reprezentat „prin ceea ce intervine patologic” în cadrul „istoriei individuale” a persoanei respective (L. Binswanger, K. Lowith, H. Tellenbach).

L. Binswanger remarca faptul că materialul hermeneutic în acest caz este reprezentat atât de elementele *verbale*, cât şi de cele *nonverbale* ale discursului sau „naraţiunii clinice” a bolnavului, care se cer „descifrate”. În această privinţă, M. Scheler vorbeşte de o veritabilă „gramatică a exprimării” (*Ausdrucksgrammatik*), iar S. Freud, în psihanaliză, de analiza semnificaţiei conţinutului simbolic.

Descifrarea sensului simbolic este însă numai una dintre etapele hermeneuticii; în cazul acesta, se consideră că „fenomenul neînţeles al unui sindrom nevrotic este numai o formă mascată a unei corelaţii inteligibile, care poate fi însă «demascată» analitic prin interpretare” (H. Tellenbach).

Actul hermeneutic este însă reprezentat prin „întâlnirea dintre bolnavul care comunică şi medicul care ascultă”. Această comunicare realizează un tip special de „relaţie atmosferică” (H. Tellenbach), în care sunt concentrate experienţa şi cunoştinţele psihiatrului cu impresiile venite din partea bolnavului, considerat ca interlocutor, aşa cum se poate vedea în schema de mai jos:

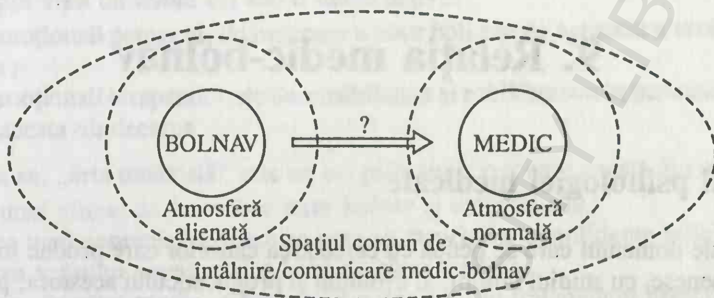


După H. Tellenbach, *cei doi* sunt uniţi prin „ceva sferic”, care-i învăluie, oferindu-le în felul acesta posibilitatea de a se înţelege între ei, de a putea ajunge la un „acord” (*Einstimmung*) atmosferic.

În cazul în care ei se înţeleg, se stabileşte un „factor comun” ce face posibilă comunicarea prin care *cei doi* vor fi legaţi unul de celălalt. Dacă înţelegerea nu este posibilă, nu se poate realiza un „acord” între „cei doi”. Referitor la acest aspect, H. Tellenbach spune următoarele: „Emanaţia atmosferică a pacientului nostru pe care noi o percepem cu simţul nostru medical atmosferic face ca noi să realizăm în mod conştient că nu suntem legaţi de acesta în sfera atmosferică comună, că *noi doi* nu ne putem pune de acord, că nu ne potrivim împreună, că nu ne găsim, că nu ne putem înţelege între noi. Din acest motiv, o încercare de contact hermeneutic pe baza unei sfere comune nu se va putea realiza”.

Ceea ce medicul psihiatru percepe la bolnavul psihic ca pe o „emanaţie schizofrenică” apare drept ceva de neînţeles (Müller-Suur), ca o „nepotrivire, un dezacord comun al simţirii atmosferice, în sensul că simţul medicului nu mai reuşeşte să se întâlnească şi să se pună de acord cu simţul bolnavului. În acest caz de dezacord, simţul bolnavului devine expresia simţului alienării psihice sau al nebuniei”.

Pentru H. Tellenbach, ceea ce corespunde aici formal unui proces hermeneutic este de fapt interpretarea unui „atmosferic" specific personal al bolnavului, în interiorul unei sfere comune, lărgite cu cea aparţinând prezenţei persoanei medicului, aşa cum se poate vedea în figura următoare:



În cazul de mai sus, din punct de vedere hermeneutic, nu se mai poate realiza o „întâlnire/contopire a orizonturilor" înţelegerii celor „doi interlocutori". Imposibilitatea „contopirii orizontului" între medicul psihiatru şi bolnavul psihotic pare a bloca orice formă de comunicare sau de colaborare, anulând în felul acesta orice posibilitate de înţelegere.

Medicul psihiatru percepe, vede ceea ce este „străin" spiritului logic, normal, în cazul bolnavului psihotic, schizofrenic, în „spaţiul relaţiei atmosferice", dar nu poate realiza „înţelegerea" acestui „alt fel de a fi" al persoanei „diferite" a bolnavului psihotic. Ceea ce are importanţă esenţială în înţelegerea sensului „anormalităţii psihice" este rezultatul unei „puneri împreună" (*Gemeinsamen*) care urmăreşte stabilirea unei legături de „potrivire" (*Zusammenpassen*) în cadrul interior relaţiei atmosferice.

Rezultă de aici faptul că, înainte de a se pune diagnosticul clinic, trebuie stabilită „relaţia atmosferică" dintre medic şi bolnav, ca o „cunoaştere" sau ca o „simţire" intimă a bolnavului a „ceea ce este el diferit" ca persoană umană în raport cu starea de normalitate. Important este că medicul care observă face această judecată de valoare raportând „impresia pe care i-o face bolnavul" pe de o parte la cunoştinţele şi experienţa sa personală, în plan extern-formal, iar pe de altă parte, la propria subiectivitate, ca mod de evaluare personală a stării de normalitate psihică, deci în plan interior-subiectiv.

Ceea ce trebuie reţinut ca important în actul hermeneutic este faptul că subiectul trebuie mai întâi „simţit" şi „cunoscut" de medic printr-un act de reflecţie şi ulterior „gândit" şi „etichetat" diagnostic atât din punct de vedere clinico-psihiatric, cât şi din perspectivă psihopatologică.

9. Relaţia medic-bolnav

Domeniul psihologiei medicale

Medicina este domeniul care se ocupă cu cercetarea cauzelor care produc îmbolnăvirile corpului omenesc, cu studiul bolilor, al evoluţiei şi prognosticului acestora, precum şi cu aplicarea celor mai eficace metode de tratament în scopul restabilirii stării de sănătate.

Dincolo de aspectele strict medicale care ne orientează predominant către sfera biologicului, funcţia medicului are şi o valoare morală. Exerciţiul medicinei este, în esenţa sa, şi o psihoterapie de susţinere, medicul fiind cel care, în ordine istorică, moşteneşte arta preoţilor şi a educatorilor morali de odinioară. Prin aceasta, funcţia medicală devine o veritabilă „putere medicală", trăsătură caracteristică oricărei societăţi civilizate (G. Gusdorf).

Experienţa clinicii acumulează, prin volumul observaţiilor medicale, un domeniu considerabil de date care vor constitui o arie specifică de cunoaştere a omului. F. Laplantine distinge în cadrul câmpului epistemic medical trei grupe de sisteme:

1. *Sistemele biomedicale* (Fabrega, Genest) de natură fizico-chimică, reprezentând *medicina somatică*.
2. *Sistemele psihologice* sau *psihomedicale*, în care sunt cuprinse psihiatria, psihosomatica şi psihanaliza sau, într-o formă sintetică, *medicina vieţii psihice*.
3. *Sistemele relaţionale* (Genest) de factură *sociomedicală*.

După H. Pequignot, medicina este „întâlnirea unei tehnici ştiinţifice cu un caz". Relaţia care se stabileşte în această situaţie desemnează două câmpuri de cunoaştere şi de semnificaţie:

1. *Câmpul bolnavului*, caracterizat prin suferinţă şi conştiinţa propriei experienţe morbide, în care se disting componentele iraţionale ale angoasei şi speranţei. Acestea au un dublu aspect: privite „din interior", ele se organizează sub formă de afecte şi sentimente trăite de bolnav; privite „din exterior", ele se organizează sub semnificaţia modificărilor cu valoare semiotică, demonstrând, prin prezenţa lor, existenţa bolii ca suferinţă.
2. *Câmpul medicului*, care, în cazul diagnosticului, al prognosticului şi tratamentului, devine singurul subiect autorizat al unor enunţuri socialmente legitime, fundamentate pe practica de specialitate a „experienţei bolii", reprezentând cunoaşterea obiectivă ca singura sursă de adevăr autentic.

Din cele de mai sus rezultă faptul că „boala este sesizată ca un obiect de cunoaştere ştiinţifică, atât ca act de obiectivare pozitivă, cât şi ca domeniul unei veritabile antropologii a sănătăţii", după cum susţine F. Laplantine.

Se poate vedea, din cele deja amintite, că în centrul medicinei se află relaţia dintre „cel care îngrijeşte" şi „cel care este îngrijit" – sau dintre *medic* şi *bolnav*. Aceasta constituie elementul central al „psihologiei medicale", dar, concomitent, şi „poarta de intrare" în suferinţa somatică sau psihică a bolnavului.

Relaţia medic-bolnav se bazează pe *factori emoţionali* şi pe *comunicare*. Factorii emoţionali pot avea un dublu rol sau o dublă acţiune :

a) factori emoţionali patogeni, de inducere a unor boli sau de agravare a evoluţiei bolilor existente ;
b) factori emoţionali terapeutici, de desensibilizare şi echilibrare a bolnavului, favorizând în felul acesta vindecarea.

În esenţa sa, „arta medicală" este un act psihologic pur care constă din următoarele :

a) crearea unui climat de încredere între bolnav şi medicul său ;
b) realizarea unei comunicări deschise care să favorizeze „confidenţe utile" ;
c) penetrarea sensului simptomelor bolii de către medic ;
d) insuflarea, de către medic, a încrederii bolnavului în tratamentul prescris ;
e) susţinerea voinţei bolnavului de a se vindeca, prin crearea unui climat de optimism ;
f) cooperarea activă, pozitivă, cu familia bolnavului în actul de vindecare.

Domeniul *psihologiei medicale* se dovedeşte diferit de cel al *psihologiei*, care studiază funcţiile psihice normale, şi de cel al *psihiatriei*, care studiază bolile psihice. El este diferit, dar reprezintă, aşa cum spuneam, „poarta de intrare", calea de abordare a persoanei bolnavului psihic în sfera psihopatologiei, fiind, concomitent, comunicare şi relaţie ce duce la „înţelegerea" fiinţei umane bolnave psihic.

După P. Sivadon, *psihologia medicală* se defineşte prin următoarele aspecte :

1. *Obiectul*

Psihologia medicală studiază toate aspectele medicinei în care se găseşte implicată semnificaţia, conştientă sau inconştientă, a relaţiilor subiectului cu situaţiile şi cu celelalte persoane.

2. *Metodele*

Acestea urmăresc elucidarea situaţiilor şi eventuala lor transformare într-o direcţie favorabilă relaţiilor umane şi situaţionale în raport cu interesele bolnavului.

3. *Câmpul de aplicare*

Acesta cuprinde întreaga medicină, cu toate ramurile sale, în măsura în care priveşte relaţia bolnavului cu medicul şi personalul de îngrijire medicală, cu medicina şi instituţiile terapeutice, cu mediul general de viaţă al bolnavului.

Semnificaţia psihologică a bolii

Boala nu poate fi reductibilă la caracterul ei strict medical. Fiind suferinţă, ea presupune o anumită „trăire" şi o anumită „atitudine" subiectivă din partea bolnavului, care interesează întreaga sa personalitate.

Suferinţa nu este niciodată izolată sau singulară. Ea este comunicată de bolnav în scopul găsirii unei înţelegeri, a unui ajutor şi a unor remedii ale acesteia. Comunicarea suferinţei inaugurează actul medical. Ea stabileşte întâlnirea dintre medic şi bolnav. Din aceste considerente, suferinţa nu este echivalentă cu boala. Suferinţa reprezintă „situaţia" trăită de bolnav ca o stare particulară proprie, intimă a acestuia.

Boala este rezultatul medicalizării suferinţei de către medic. Suferinţa este interioară, pe când boala este suferinţa exteriorizată, obiectivată. Pe aceste considerente trebuie să discernem, dincolo de aspectul pur medical al bolii, şi o dimensiune antropologică a acesteia (F. Laplantine). Psihologia medicală, axându-se în principal pe suferinţă, ca fenomen sufletesc de „limită", va cerceta în primul rând aspectele antropologice ale acesteia.

Elementul care sintetizează dimensiunea antropologică a bolii este reprezentat de „modelele patologice" de factură etiologică sau terapeutică ale acesteia. Pentru F. Laplantine, „modelele sunt construcţii teoretice cu caracter operator, ipoteze de cercetare elaborate plecând de la o ruptură epistemologică în raport cu ceea ce este trăit şi care nu se poate substitui realităţii empirice, întrucât ele au scopul precis de a exprima şi de a pune în evidenţă ceea ce este ascuns".

Efortul de a construi „modele ale bolii" constă în a identifica, în prezenţa unui discurs, nucleul de semnificaţie exprimat, plecându-se de la o opţiune etiologică sau terapeutică (F. Laplantine). În sensul acesta, F. Laplantine distinge patru grupe de modele, etiologice si terapeutice, pentru boală, organizate în perechi contrastante, aşa cum se poate vedea mai jos :

Modele etiologice	ontologic	relaţional
	exogen	endogen
	substractiv	aditiv
	benefic	malefic
Modele terapeutice	alopatic	homeopatic
	exorcist	adorcist
	aditiv	substractiv
	sedativ	excitant

După F. Laplantine, „un model etiologic este o matrice care constă într-o anumită combinare a raporturilor sensurilor şi care comandă, cel mai adesea, soluţii originale, distincte şi ireductibile, pentru a putea răspunde la problemele ridicate de prezenţa bolii". Vom prezenta, în continuare, caracteristicile principalelor „modele ale bolii" expuse mai sus.

1. *Modelul ontologic* presupune faptul că boala este un „accident ontologic" în existenţa sau psihobiografia persoanei umane. Orice boală are o cauză ce alterează substratul anatomic şi care este însoţită de tulburări funcţionale constituind tabloul clinic al bolii respective.
2. *Modelul relaţional* implică o tulburare a raportului normal-patologic şi se manifestă în următoarele forme :
   a) boala ca ruptură a echilibrului dintre om şi el însuşi ;
   b) boala ca ruptură a echilibrului dintre om şi natură ;
   c) boala ca ruptură a echilibrului dintre om şi mediul său social.
3. *Modelul exogen* consideră boala un accident cauzat de un element străin, real sau simbolic, care acţionează asupra persoanei umane din exteriorul acesteia. În acest caz, sunt menţionate următoarele :
   a) boala este cauzată de influenţe nefaste de tipul unei „voinţe malefice" externe, considerată din punct de vedere simbolic şi moral ;
   b) boala îşi are originea într-un element nociv, natural.

4. *Modelul endogen* constă în inversarea modelului precedent, în contrariul său. Cauza şi natura bolii sunt, în acest caz, deplasate către individ şi considerate ca entităţi proprii, aparţinând naturii acestuia („mediul intern" pentru Cl. Bernard, „patrimoniul genetic" pentru G. Mendel, „vitalismul medical", „endogenul" pentru Mœbius etc.).
5. *Modelul aditiv* consideră boala o „prezenţă străină" care a penetrat în interiorul persoanei umane. Această prezenţă este legată de o acţiune agresivă deliberată a unui „adversar" al bolnavului (vrăjitor, deochi, practici magice etc.). În acest caz, boala este trăită ca o „prezenţă" a unui obiect care nu a mai existat până la data îmbolnăvirii şi care, prin îmbolnăvire (acţiunea malefică indusă), a fost implantat în corpul bolnavului. Asemenea exemple pot fi următoarele: „Am un junghi", „Simt cum îmi umblă ceva" etc. Acestea reprezintă aspectul pozitiv al bolii.
6. *Modelul substractiv* este opusul modelului aditiv. În cazul acesta, bolnavul nu suferă de „ceva care este în plus" în corpul său, ci de „ceva care este în minus", „i-a fost sustras" şi trebuie să-i fie restituit. Acesta poate fi exemplificat prin următoarele: „Mi-am pierdut memoria", „Mi-am pierdut judecata", „Mi-a dispărut somnul" etc. Toate acestea reprezintă aspectul negativ al bolii.
7. *Modelul malefic* consideră boala ca reprezentând o stare de „rău absolut", o stare nocivă, nedorită de persoană. Ea este o stare de „anormalitate" biologică, psihologică şi socială. Prin boală, individul se devalorizează în raport cu semenii săi. El îşi pierde statutul social şi este împiedicat de a-şi mai putea exercita rolurile. Boala îl invalidează. În acest caz, societatea va avea o atitudine de rezervă sau chiar de respingere faţă de bolnav.
8. *Modelul benefic* reprezintă opusul modelului precedent. În acest caz, boala devine o sursă de cunoaştere a persoanei cu o valoare particulară. Referitor la aceasta, se descriu mai multe aspecte:
   a) boala-gratificaţie este modelul care îi permite individului să scape de constrângerile vieţii şi ale societăţii, atrăgând atenţia celorlalţi asupra lui; el va fi „preluat în grijă" de alţii (medic, familie etc.), valorificându-şi statutul prin „beneficii" secundare bolii;
   b) boala-compensare este situaţia în care experienţa patologică a unei infirmităţi îi permite individului să facă dovada unei voinţe excepţionale;
   c) boala-vindecare apare ca o „corupere" a unor slăbiciuni ale personalităţii individului;
   d) boala-voluptate este legată, din punct de vedere psihanalitic, de principiul plăcerii şi de principiul realităţii; rolurile în cadrul relaţiei medic-bolnav fluctuează; medicul este când „cel care tratează", când „cel care este tratat", iar bolnavul este „când bolnav", când „non-bolnav"; este vorba de un refugiu sau de o „fugă de sănătate"; o veritabilă plăcere a bolii sau „plăcerea de a fi bolnav", la care se asociază o „reacţie negativă faţă de tratament", o respingere sau chiar refuzul manifestat ca ostilitate faţă de acesta;
   e) boala salvatoare este legată de ideea că „suferinţa" reprezintă un eveniment deosebit în viaţa persoanei, eveniment care îi pune la încercare propria existenţă, în sensul că o „exaltează", o „iluminează" sau o „eliberează"; gândirea creştină consideră boala fie o consecinţă a păcatului originar, fie un act de mântuire prin suferinţă (*felix cupla*), bolnavul repetând „modelul lui Iisus"; aceasta este teza lui B. Pascal de utilizare benefică a suferinţei, aşa cum de altfel el şi spune: „Boala care răneşte trupul vindecă sufletul";

f) boala-libertate – în cazul acesta, sănătatea fiind considerată absenţa totală a bolii, aceasta din urmă apare ca o formă de agresivitate orientată împotriva medicinei ; ea este „un mod de a fi" care impune „drepturile bolii" în societate, cerând a fi recunoscute, respectate şi recuperate.

Psihologia bolnavului

Bolnavul este persoana care acuză o suferinţă subiectivă sau prezintă semne obiective ale unei suferinţe somatofiziologice, psihice sau psihosomatice. Statutul de bolnav este atribuit unei persoane de către medic şi sunt mai multe moduri de a eticheta o persoană ca bolnavă, aşa cum se poate vedea mai jos :

a) *cazuri obişnuite*, tipice, nesemnificative sau considerate „neinteresante" din punct de vedere medical şi ştiinţific ;
b) *cazuri neobişnuite*, atipice, care se abat de la „formele clinice" stabilite de ordinea clasificărilor medicale, cu complicaţii, cauze necunoscute sau modalităţi atipice de evoluţie clinică ;
c) *cazuri ilustrative*, mai rar întâlnite, care stârnesc curiozitatea şi interesul ştiinţific al medicilor prin raritatea şi ineditul lor ;
d) *bolnavii imaginari*, pentru care acuzele clinice nu au nici un fel de fundament organic-somatic sau fiziologic, fiind, de fapt, o „stare de spirit" maladivă în care aceştia se complac sau, din punct de vedere psihanalitic, o „regresiune" ;
e) *simulanţii* sunt persoanele care, în scopul obţinerii unor avantaje, simulează diferite simptome clinice sau chiar boli.

Kahana şi Bibring propun o altă clasificare a tipurilor caracteriale de bolnavi, luând drept criteriu de apreciere comportamentul acestora în timpul bolii. Ei notează faptul că „tipul de bolnav" este de fapt expresia „modului de răspuns" al persoanei respective la factorii stresanţi reprezentaţi de suferinţă. În sensul acesta, autorii citaţi disting următoarele şapte tipuri de bolnavi, după cum se poate vedea în tabelul de mai jos.

Tipul de personalitate	Caracteristicile profilului psihologic	Modalitatea de răspuns la suferinţă
1. Tipul dependent	– nevoia unei atenţii speciale ; – cereri urgente, aşteaptă îngrijire permanentă, cere o atmosferă de linişte în jurul său.	– iniţial, sentimentul de abandon total, iar ulterior cere ajutor ; – solicitarea ajutorului creşte odată cu anxietatea.
2. Tipul obsesiv	– atenţia excesivă la ordine, detalii, disciplinat ; – ambiguitate, nelinişte, anxietate ; – stază emoţională prelungită, frică.	– boala este văzută ca un rău posibil de a putea fi controlat ; – concentrarea atenţiei asupra propriei suferinţe creşte anxietatea şi izolarea.

→

3. Tipul histrionic	– neîncredere, refuz ; – evitare ; – sexualizează relaţiile ; – dramatizează situaţia şi caută să se pună în evidenţă.	– boala este considerată ca un atac al feminităţii sau al masculinităţii.
4. Tipul masochist	– repetarea istoriei suferinţei ; – tendinţă la sacrificiu de sine ; – sentimentul că nu este apreciat.	– boala este percepută ca o pedeapsă ; – sentimentul că suferinţa nu le este cunoscută.
5. Tipul paranoid	– temător, suspicios ; – tendinţă la imaginaţie interpretativă ; – iritabili, cverulenţi ; – sentimentul că sunt persecutaţi.	– boala este percepută ca un „asalt din afară" ; – suspiciune şi teamă legată de tratamentele aplicate ; – impresia că „ i s-a făcut ceva din afară" .
6. Tipul schizoid	– distant, nesociabil, detaşat de evenimentele vieţii ; – relaţii minime cu alţii ; – izolat, rece.	– boala accentuează închiderea în sine ; – retragere, necomunicare.
7. Tipul narcisic	– dificultăţi, reticenţe în a cere ajutor din afară ; – dorinţa de a da impresia, de a părea puternic, stăpân pe sine ; – teama de a nu ajunge dependent de alţii.	– boala apare ca un atac asupra perfecţiunii, a imaginii de sine ; – creştere a efortului de a-şi manifesta forţa şi independenţa.

Admiţând faptul că orice boală, indiferent de natura ei (somatică, psihică sau psihosomatică) modifică atitudinile, reacţiile, conduitele personalităţii individului, A. Păunescu-Podeanu, plecând de la tipologiile bolnavilor propuse de Schweisshamer, izolează următoarele cinci tipuri de *personalităţi de bolnavi* :

1. *Nepăsătorul* este tipul de bolnav indiferent faţă de suferinţa sa, pe care o priveşte şi o tratează cu superficialitate, desconsiderând-o, luând lucrurile uşor. Neglijentul este în fond un fatalist putând merge până la o atitudine negativistă. Medicul trebuie să adopte faţă de acest tip de bolnav o atitudine autoritară, energică, încercând să-l mobilizeze pentru a putea colabora activ în vederea vindecării.
2. *Nerăbdătorul* este tipul de bolnav care priveşte suferinţa sa cu mai multă seriozitate şi grijă, dar care nu poate fi convins de importanţa sau de severitatea bolii, de pericolele pe care aceasta le implică. El este nerăbdător, minimalizează boala, schimbă frecvent medicii şi tratamentele prescrise, neputându-se conforma regimului de disciplină terapeutică. În aceste cazuri, medicii trebuie să fie circumspecţi, să acţioneze cu tact şi autoritate.
3. *Grijuliul* este tipul de bolnav meticulos, hiperconştiincios, opus celor două tipuri de mai sus. Atent cu boala, el se autoanalizează minuţios, înregistrează orice fel de schimbare în evoluţie. El ia boala în serios, dar nu se lasă dominat de „ideea bolii". Dă medicului său relaţii bune despre boală şi evoluţia ei şi execută conştiincios prescripţiile terapeutice.

4. *Ipohondriacul* este tipul de bolnav exagerat în raport cu precedentul. El este dominat de „ideea bolii", care-i declanşează o stare de angoasă, o tensiune psihică permanentă. Totul, în cazul acesta, capătă proporţii exagerate, ameninţătoare, de o maximă gravitate. Bolnavul este agitat, are idei sumbre, catastrofice în legătură cu boala sa. Ideea de boală îl domină atât în plan ideativ, cât şi afectiv. Se consideră condamnat, suferind de afecţiuni grave, incurabile. Medicii au foarte mult de luptat cu această categorie de bolnavi, trebuind să trateze atât boala, cât şi atitudinile psihoafective ale bolnavului faţă de suferinţa sa pe care o exagerează, iar în unele situaţii chiar o inventează.
5. *Echilibratul* este tipul de bolnav care priveşte boala cu seriozitate, fără să se sperie sau să exagereze. El este lipsit de idei preconcepute. Are încredere în el, în medici şi în tratamentele prescrise. Este o persoană calmă, echilibrată, ponderată, având capacitatea de a distinge anormalul de normal. Este disciplinat în ceea ce priveşte prescripţiile terapeutice, pe care le urmează cu stricteţe. Are o foarte bună colaborare cu medicul curant.

Pentru H.E. Sigerist, „boala dezbracă omul, înfăţişându-l în stare primitivă. Mulţi oameni trăiesc în spatele unei măşti. Boala este cea care le descoperă adevărata lor figură". Acelaşi autor afirmă că „boala sensibilizează omul, în timp ce în viaţă el este acoperit de un ecran izolator".

Un fapt este absolut cert : orice boală modifică personalitatea individului, în sensul apariţiei unor aspecte psihologice şi comportamentale noi. În această privinţă, P. Sivadon le menţionează pe următoarele :

1. *Regresiunea*

Orice atingere a integrităţii persoanei antrenează o reacţie de protecţie de tip regresiv din partea acesteia. Această stare de regresiune se traduce prin atitudini infantile care au următoarele caracteristici : reducţia temporal-spaţială, egocentrismul şi starea de dependenţă.

2. *Transferul şi contratransferul*

Transferul este urmarea regresiunii şi se stabileşte în cadrul relaţiei medic-pacient. Transferul poate fi de două feluri :

a) transfer pozitiv, când atitudinile şi sentimentele bolnavului sunt transferate asupra medicului curant, faţă de care acesta capătă o dependenţă bazată pe încredere, cu efecte pozitive ;
b) transferul negativ, în cursul căruia bolnavul adoptă o atitudine de opoziţie şi de neîncredere faţă de medicul său curant.

La *reacţia de transfer* a bolnavului medicul va răspunde cu o atitudine complementară, numită *contratransfer*.

3. *Reluarea autonomiei*

Orice stare de boală face ca persoana bolnavului să devină dependentă de persoanele care o îngrijesc. Vindecarea, prin restabilirea stării de echilibru somatic şi psihic, va favoriza reluarea autonomiei bolnavului, redându-i capacităţile de a acţiona în mod liber şi voluntar.

Un aspect important care se discută în ceea ce priveşte psihologia bolnavului este reprezentat de atitudinea acestuia faţă de propria boală şi, corelat cu aceasta, atitudinea bolnavului faţă de medicul său curant. Le vom analiza în continuare.

Atitudinea bolnavului faţă de boală este în funcţie de regresiune. Aceasta depinde de temperamentul individual şi de normele modelului sociocultural. Bolile se agravează

dacă bolnavul îşi concentrează atenţia asupra lor printr-o continuă autoanaliză. Dimpotrivă, bolile devin suportabile atunci când bolnavul este puternic motivat de alte griji sau de o sursă puternică de interes pentru viaţă. Adesea, simptomele preclinice, în cazul unei afecţiuni grave (cancer, leucemie, TBC, SIDA etc.), nu sunt luate în considerare, printr-un mecanism de negaţie din partea bolnavilor. În alte situaţii, simptomele minore, nesemnificative ale unor afecţiuni neimportante sunt exagerate sau însoţite de panică, mergând sau ajungându-se la instalarea unor grave tulburări nevrotice cu consecinţe nedorite.

Al doilea aspect care se discută este atitudinea bolnavului faţă de medicul său curant. De regulă, orice boală face ca bolnavul să aibă o atitudine de dependenţă faţă de medicul său curant. Pentru medic, boala este o problemă ştiinţifică şi obiectivă, iar pentru bolnav, o problemă emoţională şi subiectivă. În relaţia sa cu medicul, orice bolnav caută să dobândească o poziţie cât mai privilegiată, reprezentată prin următoarele avantaje :

- să fie cel mai bine îngrijit ;
- să reprezinte cel mai important caz ;
- să primească cele mai bune medicamente ;
- să beneficieze de investigaţii cât mai complete şi variate, care, eventual, să fie repetate ;
- să primească vizite medicale cât mai dese ;
- să dispună de un ajutor permanent, de o atenţie deosebită din partea medicilor şi a personalului medical auxiliar de îngrijire.

În relaţia sa cu medicul, orice bolnav urmăreşte câteva avantaje, care ar putea fi sintetizate în :

a) căutarea unui punct de sprijin, a unui refugiu, medicul având rolul simbolic, în sens psihanalitic, de „mamă protectoare" ;
b) căutarea unei figuri parentale omnisciente şi omniprezente de care să asculte şi în care să aibă încredere ;
c) căutarea unui contact emoţional pe care, în aparenţă, refuză să-l recunoască ;
d) teama de a nu fi dominat de medic, înşelat sau minţit de acesta, de a nu i se ascunde ceva în legătură cu diagnosticul şi prognosticul bolii sale.

Psihologia medicului

După P. Le Gendre, „medicina este ansamblul de noţiuni relative la cunoaşterea bolilor, a mijloacelor de a le preveni şi de a le trata". Dar *medicina*, ca profesie, nu exclude nici *ştiinţa*, nici *arta*, nici *sacerdoţiul*. Din acest motiv, pentru a-şi exercita profesia, *medicul* trebuie să posede aptitudini intelectuale şi morale care caracterizează deopotrivă *savantul*, *artistul* şi *preotul* (P. Le Gendre).

Rezultă de aici faptul că, pentru a putea exercita profesia de medic, sunt absolut necesare, chiar indispensabile, un anumit număr de „dispoziţii morale" care reprezintă „vocaţia de medic". Vocaţia este absolut indispensabilă pentru două profesii : preoţia şi medicina, la care mai adăugăm şi psihologia. Ea se leagă de o aureolă de mister şi de miracol, de a te devota unui ideal şi de a accepta în mod voluntar sacrificiul pus în serviciul altora.

Medicina este o morală practică ce implică o credinţă puternică. Medicul refractar oricărei credinţe confesionale, liber-cugetător, pozitivist sau ateu nu poate avea un

suport moral care să-l apropie de altruismul și devoțiunea profesională. Pe aceste considerente, condițiile necesare exercitării medicinei sunt următoarele:

a) să dorești ușurarea nenorocirilor fizice și sufletești ale altora, pe care-i simți ca semeni ai tăi;
b) capacitatea științifică ce susține ardoarea profesională, studiul bolilor și al bolnavilor;
c) dragostea pentru profesia medicală, manifestată prin: curiozitatea față de „bolnavul-caz"; satisfacția reușitei vindecării; blândețe; sentimentul datoriei împlinite; dezinteres față de recompense.

Pentru reușita activității medicale, se cer medicului câteva calități obligatorii, reprezentate prin următoarele:

a) calități fizice: sănătate, ținută și atitudine corecte, fizionomie plăcută, sobrietate;
b) calități intelectuale: bun-simț, înțelegere, răbdare în ascultarea bolnavului, judecată dreaptă, memorie bună a faptelor observate și o corectă înțelegere și interpretare a „cazurilor", gust pentru munca intelectuală, instrucție profesională solidă, mereu reînnoită, cultură generală, spirit de observație, dexteritate;
c) calități morale: bunătate, răbdare, discreție, prudență, exactitate și cinste.

Toate aceste calități care li se cer medicilor fac din aceștia o *elită profesională*. Referitor la elita medicală, A. Fouille scrie că, dacă medicina nu se va baza pe elite intelectuale, ea va fi exercitată de un soi de meșteșugari ai medicinei și chirurgiei; dacă democrația lasă loc liber utilitarilor, celor care se mulțumesc cu acele cunoștințe necesare numai promovării examenelor, fără o cultură intelectuală și o educație morală și filozofică, medicina va cădea în mâinile șarlatanilor, iar farmacia, în mâinile negustorilor de medicamente; morala medicală va fi înlocuită cu spiritul mercantil; vor apărea impostori și practici pseudomedicale; medicina își va pierde autoritatea și va sfârși prin a intra în conflict cu societatea.

Din cele de mai sus se poate deduce că „psihologia medicului" este extrem de complexă și subtilă, ea implicând valori multiple, intelectuale, morale, sociale, științifice etc. Dar, înainte de toate, datorită contactului uman cu bolnavul, pătrunderea în intimitatea acestuia pe calea suferinței implică tact, așa cum îi îndemna Dr. M. Durand pe medici: ***Fiți psihologi, domnilor!***

Psihologia medicului se situează într-o poziție de complementaritate în raport cu *psihologia bolnavului*. Elementele incluse în „profilul psihologic" al medicului sunt reprezentate prin următoarele:

1. *Tactul*

Acesta este „finețea de spirit", spune B. Pascal. Omul cu tact are antene morale care-i permit să cunoască dificultățile celuilalt. Tactul este arta de a intra în sentimentele celuilalt. Din aceste considerente, fiind în primul rând o trăsătură morală de caracter, tactul „îl ai" sau „nu îl ai". În cazul în care există, el poate fi dezvoltat și educat, dar este absolut indispensabil medicului în orice situație.

2. *Înțelegerea semenilor*

Tot o trăsătură psihologică legată de simpatie și filantropie, ea este expresia „iubirii aproapelui" și dorința de a-l ajuta la nevoie. Este starea de compătimire, de coparticipare la suferința omului bolnav.

3. *Spiritul de observație*

Are o valoare esențială. El constă în surprinderea esențialului, în degajarea faptelor semnificative, importante, din mulțimea de date inutile, în căutarea celor mai clare și mai directe căi de abordare a problemelor medicale ale bolnavului.

4. *Arta de a convinge*

Este persuasiunea bolnavului. Prin aceasta, medicul trebuie să-şi apropie bolnavul, să-l atragă, să-i susţină moralul, evitând dizarmoniile dintre el şi pacient, care pot avea consecinţe nefaste. În sensul acesta, M. Durand descrie patru tipuri de „dizarmonii între medic şi bolnav", pe care le vom analiza mai departe.

5. *Comunicarea cu bolnavul*

Este deosebit de importantă şi de ea depind, în mare măsură, atât succesul diagnosticului, cât şi cel al efectelor terapeutice asupra bolii. Medicul trebuie să fie deschis, dar prudent în comunicarea cu bolnavul. Modul de a vorbi al medicului în faţa bolnavului trebuie să fie bine calculat – „nici prea puţin, nici prea mult, ci apropo". Se va căuta de fiecare dată evitarea ambiguităţii, a utilizării unor termeni de specialitate etc. Se va evita să se vorbească între medici în prezenţa bolnavului, de regulă la „vizitele medicale mari", cu mai mulţi specialişti, într-o limbă străină, astfel încât bolnavul să nu înţeleagă cele discutate referitoare la starea sa clinică. Aceasta are un efect psihologic şi moral extrem de negativ asupra bolnavului, trezindu-i angoase ori inducându-i ideea gravităţii sau chiar a incurabilităţii bolii sale. De regulă, în cazul comunicării cu bolnavul, medicul trebuie să asculte, iar bolnavul este cel care trebuie să vorbească.

Tot legat de psihologia medicului, se discută din ce în ce mai mult despre atitudinea medicului faţă de *boală* şi *moarte.* Aceasta întrucât orice boală poate prezenta un risc, de diferite grade, pentru viaţa şi integritatea bolnavului. Având în mână viaţa şi sănătatea oamenilor, medicii sunt priviţi cu un sentiment în care respectul se amestecă cu teama. L. Daudet, într-o lucrare celebră, cu caracter de pamflet, i-a numit pe medici *morticoles.* Această problemă rămâne permanent deschisă.

Medicul trăieşte într-o permanentă intimitate cu boala, agonia, moartea, cadavrele, autopsia. După vindecare, bolnavul se desparte de medic, reintrând în viaţa sa normală. Medicul însă „rămâne" în acelaşi „spaţiu al suferinţei şi al morţii", continuându-şi misiunea. Din aceste considerente, medicina trebuie privită ca o profesie psihotraumatizantă psihologic şi moral, care afectează şi modifică profund personalitatea şi modul de a gândi şi a acţiona al medicului.

Medicii sunt diferiţi. În sensul acesta, se pot descrie, ca şi în cazul bolnavilor, mai multe *tipuri de medici*, după cum urmează:

1. *Medicul curant* este tipul omnipracticianului altruist, ocupat, atent şi interesat de bolnavii pe care-i are în grija sa, permanent alături de aceştia şi de familiile lor.
2. *Medicul „om de ştiinţă"* este tipul de cercetător interesat numai de obiectul şi rezultatele cercetărilor sale, experimentalist, detaşat de suferinţa bolnavilor, orgolios, dornic de descoperiri şi de glorie profesională.
3. *Medicul pedagog* este ocupat cu instruirea studenţilor, cărora li se dedică. Este riguros, ordonat, didactic, sintetic, îşi caută cu multă atenţie „cazurile de afiş" pe care să le prezinte la curs, adună date de literatură, este la curent cu ultimele descoperiri, caută să atragă discipolii, face „şcoală şi adepţi". Caracterial, prezintă note histrionice, fiind în unele situaţii un „actor la curs", cu efecte pozitive asupra formării profesionale a studenţilor săi.
4. *Medicul „afacerist"* urmăreşte profitul material prin exercitarea profesiunii medicale. Este mercantil, interesat de profit, şi nu de bolnav ca fiinţă umană, ci ca „sursă de venituri" materiale. Are un caracter îndoielnic, imoral.
5. *Marii maeştri* sunt cei care ilustrează un domeniu al medicinei, cei care creează o specialitate, şcoli medicale, sunt înconjuraţi de colaboratori formaţi de ei şi de

elevi-discipoli. Aceştia sunt cei pe care L. Daudet, în *Devant la douleur*, îi numeşte *mandarinii* sau „somităţile medicale" recunoscute ca atare şi intangibile. Valori incontestabile şi creatori de şcoli medicale, deschizători de drumuri în ştiinţă, ei au totuşi trăsături caracteriale de tip dominat-demonstrativ-megalomaniac.

6. *Specialiştii marginalizaţi* sunt cei care nu au contacte directe cu bolnavii (medicii igienişti, anatomopatologii, medicii de laborator etc.). În raport cu confraţii lor din clinici sau de la facultate, aceşti specialişti trăiesc un „complex de inferioritate", un „sentiment de frustrare", atât material, cât şi moral, în raport cu celelalte categorii de medici.

Medicul psihiatru

În cadrul specialităţilor medicale, *psihiatria* ocupă un loc aparte. Ea este o disciplină particulară care cere din partea medicului aptitudini speciale. Pregătirea viitorilor specialişti priveşte, în mod obligatoriu, cunoaşterea anatomiei şi a fiziologiei sistemului nervos, dar şi o serioasă şi aprofundată cunoaştere a psihologiei. În al doilea rând, e necesară o solidă cunoaştere a patologiei generale medico-chirurgicale, dublată de cunoştinţe de specialitate privind afecţiunile neurologice şi cele ale vieţii psihice.

Pentru a putea fi un autentic psihiatru, se cer următoarele calităţi psihologice, morale şi profesionale:

a) *răbdare şi calm*. Interviurile cu bolnavii psihic sunt lungi, minuţioase, adesea greu de realizat şi de dus până la capăt. Ele presupun captarea interesului şi a încrederii bolnavului şi a familiei acestuia de către medic. Adesea, este necesar să se reia discuţia cu bolnavul etc.;
b) *capacitate de comunicare* cu bolnavul şi cu familia acestuia, de a stabili şi menţine un dialog continuu, care să aducă permanent noi informaţii medicului;
c) *utilizarea unei „metode clinico-psihologice"* capabile să conducă examenul clinic al bolnavului după criterii riguroase, pentru a se obţine, în final, o „imagine clinică" cât mai completă a tulburărilor psihice care definesc şi caracterizează personalitatea bolnavului respectiv;
d) *capacitate de observaţie şi înţelegere medico-psihologică* a persoanei bolnavului, plecând de la, aparent, cele mai banale detalii până la descoperirea şi cunoaşterea experienţelor sufleteşti interioare ale acestuia;
e) *capacitate de a „reconstrui" în plan mintal „istoria psihobiografică"* a cazului clinic studiat, în sensul integrării tulburărilor psihice actuale în contextul biografic al bolnavului respectiv, fără a separa „accidentul" psihopatologic de viaţa acestuia;
f) *o mare mobilitate adaptativă* în relaţiile cu bolnavul şi familia acestuia, capabilă să stabilească un acord cu caracter de „plasticitate cameleonică", corespunzător oricăror circumstanţe care apar în cadrul acestor relaţii;
g) *crearea unei atmosfere* de intimitate, încredere, siguranţă, care să favorizeze comunicarea deschisă cu bolnavul şi receptivitatea acestuia la măsurile terapeutice.

Pregătirea medicului în vederea practicării psihiatriei presupune o cultură generală solidă, dublată de cunoştinţe teoretice profesionale. Medicul psihiatru trebuie să aibă mare experienţă clinică, să fie în contact permanent cu bolnavii, să-i observe, să le

urmărească evoluţia clinică, să-i revadă periodic după externarea din spital şi să compare diferitele lor „stadii de evoluţie clinică".

Psihiatrul trebuie să aibă o ţinută demnă, să inspire încredere şi siguranţă, să nu piardă nici un moment acţiunea directoare asupra bolnavului. Să nu se lase intimidat sau speriat de manifestările acestuia, nici să nu influenţeze „observaţia clinică" a cazului cu propria subiectivitate.

Să fie, în primul rând, coparticipativ intelectual, căutând să-l înţeleagă pe bolnav pentru a-l putea ajuta. El trebuie să-şi iubească bolnavii, să fie alături de ei, dar să nu uite niciodată că „rolul" său este de a-i reda familiei şi societăţii, şi nu de „a-i păstra în clinică". Prin aceasta, rolul psihiatrului se relevă a fi de „intermediar" între spitalul de boli psihice şi societate. El primeşte bolnavii pentru a-i vindeca, a-i recupera şi reda familiei şi societăţii, cărora aceştia îi aparţin.

Una dintre funcţiile psihiatrului este şi cea didactică. El are datoria de a explica familiei şi uneori chiar bolnavilor capabili de a înţelege starea lor „critică", respectiv boala, precum şi de a da „informaţii de specialitate" în cadrul comisiilor de expertiză psihiatrică medico-legală sau privind evaluarea capacităţii de muncă a bolnavilor pe care-i are în îngrijire şi sub observaţie medicală. În plus, medicul psihiatru, în calitate de cadru didactic, are rolul de a instrui tinerii medici care se formează în specialitatea de psihiatrie.

Formarea tineretului medical ca viitori psihiatri trebuie făcută ţinându-se seama de calităţile psihologice, morale şi profesionale sus-menţionate. În cazul lor, profesorul este „modelul" pe care ei îl vor interioriza, pe care-l vor imita ca viitori profesionişti. Din aceste considerente, cei care formează psihiatri trebuie să poată fi cu adevărat „modele", să aibă calităţi didactice, să poată transmite cunoştinţe teoretice, dar şi propria experienţă practică, să imprime elevilor un anumit „model de gândire clinică", spiritul de observaţie, capacitatea de comunicare cu bolnavul ; în felul acesta, o experienţă valoroasă va putea fi transmisă mai departe.

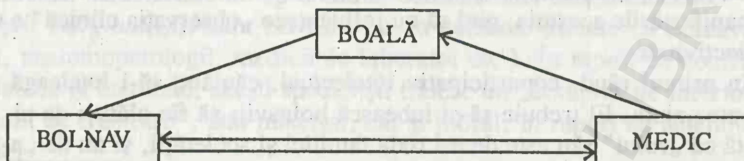
Relaţia medic-bolnav

Trebuie precizat de la început faptul că raporturile medicului cu bolnavul nu se stabilesc numai prin vorbe frumoase şi încurajări de circumstanţă. Există o adevărată „tehnică psihologică" pe care orice medic trebuie să o cunoască şi să o deprindă şi care stă la baza relaţiei acestuia cu bolnavul său. Trebuie avut în vedere faptul că sunt lucruri care nu trebuie spuse bolnavului, că sunt manevre medicale ce pot şi trebuie să fie evitate şi că un „cuvânt" sau un „procedeu terapeutic" poate genera serioase *maladii iatrogene* sau *maladii terapeutice.*

În general, medicii urmăresc în primul rând „îngrijirea bolnavului" (Gosset). Această atitudine se reflectă adesea în examenele suplimentare abuzive şi în prelungirea şi schimbarea tratamentelor aplicate. Faptul de a prelungi şi intensifica „îngrijirea medicală" accentuează impresia de gravitate a bolii pentru bolnav.

În cazul bolilor psihice, psihofarmacologia modernă produce rezultate spectaculoase, rapide, creând iluzia vindecării. Dar ea poate da în mod egal şi efecte negative (dependenţă de medicamentele psihotrope, forme de intoleranţă, sindromul parkinsonian neuroleptic, depresii secundare etc.). Toate acestea ajung, în final, să înlocuiască „boala psihică" cu o „boală terapeutică".

Trebuie avut în vedere faptul că, din punctul de vedere al psihologiei medicale, în relaţia „medic-pacient" intervine „situaţia de boală", creându-se, în felul acesta, o relaţie de tip triunghiular, cum se poate vedea mai jos:



În cadrul relaţiei sale cu bolnavul, medicul trebuie să menţină un climat de comunicare afectivă, cât mai umană, evitând transformarea bolnavului într-un „obiect" sau reducerea lui la un „caz clinic", situaţie umilitoare şi care ar putea altera relaţia medicală, trezind revolta sau neîncrederea bolnavului (Konvilinsky). Acest accident se poate remedia în cazul unei „situaţii triunghiulare" de tipul celei de mai sus prin antrenarea cooperantă a bolnavului în procesul de vindecare (Konvilinsky).

În trecut, clinica, bazându-se pe observaţia şi contactul direct cu bolnavul prin intermediul celor cinci simţuri, avea un caracter relaţional perceptivo-afectiv direct (Laenec). Astăzi, introducerea laboratorului şi a investigaţiilor multiple şi complexe asupra bolnavului face ca investigaţiile paraclinice şi de laborator să treacă pe primul plan, în detrimentul clinicii. În cazul acesta, medicul se transformă în experimentator, iar bolnavul devine un „obiect" al investigaţiilor medicale de ordin tehnic. Relaţia medic-pacient se modifică şi prin trecerea bolnavului de la o specialitate la alta şi de la un medic la altul.

O relaţie pozitivă medic-bolnav are în primul rând un caracter psihologic. Ea combină experienţa medico-profesională a medicului cu experienţa suferinţei bolnavului. Din acest motiv, este absolut necesar ca medicul să aibă, în primul rând, o solidă instrucţie profesională şi mult tact clinic.

Relaţia medic-bolnav se bazează pe simpatie şi încredere, elemente esenţiale în realizarea situaţiei de transfer despre care am vorbit mai sus. Încrederea şi siguranţa în medic şi actul terapeutic sunt legate de conştiinţa morală a bolnavului. Medicul trebuie să simtă, să înţeleagă şi să cultive aceste aspecte. El trebuie să aibă rolul „director" în relaţia sa cu bolnavul. Medicul trebuie să fie o personalitate puternică, protectoare, care să-i ofere bolnavului siguranţă şi sprijin în cursul evoluţiei bolii către vindecare.

În cadrul relaţiei medic-bolnav, fiecare dintre aceste persoane are roluri diferite, bine precizate, pe care trebuie să le îndeplinească. La bolnav, contează foarte mult personalitatea premorbidă şi impactul cu boala actuală. La medic, contează personalitatea acestuia (rezervat, curajos, optimist, dur, defetist), experienţa cu bolnavii şi modul de a se apropia de aceştia.

M. Balint acordă un rol important „emoţiilor medicului" suscitate de întâlnirea cu bolnavul şi coparticipării simpatetice a medicului la suferinţa pacientului său. Aceste aspecte, peste care nu se poate trece cu vederea, nu trebuie însă exteriorizate în prezenţa bolnavului.

În cadrul relaţiei medic-bolnav, o importanţă deosebită revine „înţelegerii" bolnavului. În sensul acesta, M. Balint vorbeşte despre două tipuri de înţelegere a bolnavului de către medic:

a) înţelegerea intelectuală, în care emoţiile nu au nici un rol, ea având un caracter obiectiv;
b) înţelegerea emoţională, legată de factorii emoţionali în raport cu „trăirea suferinţei" de către bolnav şi coparticiparea simpatetică a medicului, fapt ce implică o angajare a medicului la emoţiile bolnavului său.

M. Durant vorbeşte despre „armonia dintre medic şi bolnav", care trebuie să stea la baza relaţiei sus-amintite. Aşa cum am spus deja, autorul citat distinge patru tipuri de dizarmonii care pot apărea între medic şi pacientul său:

a) dizarmonii sociale, prin inadaptarea medicului la un mediu pentru care nu este pregătit nici prin origine, nici prin maniere şi nici prin cultură;
b) dizarmonii morale, reprezentate prin divergenţe de caracter, opinii, religie, lipsă de solicitudine şi de simpatie;
c) dizarmonii verbale, constând în neînţelegeri verbale, comunicare defectuoasă etc.;
d) dizarmonii ştiinţifice, caracterizate prin refuz sau neglijenţă de a se adapta la gustul bolnavilor, refuzul noului, al altor opinii etc.

Referindu-se la „rolurile" medicului în relaţia sa cu bolnavul, P. Le Gendre menţionează următoarele:

a) medicul confident, legat de bolnav prin deţinerea „secretului profesional" privind natura bolii, cauza acesteia şi diagnosticul clinic care nu trebuie comunicate în afara acestei relaţii, deoarece unele aspecte pot leza intimitatea sau personalitatea socială şi familială a bolnavului (TBC, sifilis, SIDA, boli incurabile, drame familiale etc.);
b) medicul sfătuitor este un rol deosebit de greu şi de riscant, care implică prin consecinţele sale o mare răspundere profesională, dar şi morală. Consilierea pacientului trebuie făcută cu multă prudenţă, mai ales în cazul unor boli grave, avorturi, impotenţă sexuală, frigiditate, boli venerice, prescripţii igienice etc.

Un aspect important legat de relaţia dintre medic şi bolnav este reprezentat de ce se comunică bolnavului şi ce se spune anturajului imediat al acestuia. Acest aspect este deosebit de important atât în plan medical, cât şi în cel moral, întrucât efectul unui diagnostic sever poate avea consecinţe neplăcute sau grave asupra relaţiilor cu medicul ale bolnavului şi familiei etc.

De regulă, trebuie evitat pe cât posibil să i se spună adevărul bolnavului în cazul unor afecţiuni grave, incurabile, chiar dacă acesta insistă şi afişează o stare de indiferenţă sau un fals curaj. O asemenea „imprudenţă medicală" ar reprezenta chiar mai mult decât un banal psihotraumatism, fiind o reprobabilă atitudine de cinism.

Trebuie evitată pe cât posibil o atitudine de descurajare din partea medicului, precum abandonarea bolnavului, atitudine care ar echivala cu „condamnarea la moarte" a bolnavului respectiv. Bolnavul trebuie să vadă în medic un protector şi un salvator.

Copilul bolnav şi relaţia sa cu medicul

Am tratat mai sus aspectele privind relaţia medic-bolnav în cazul persoanelor adulte. Ne vom ocupa, în continuare, de principalele particularităţi pe care le prezintă relaţia medicului cu copilul bolnav.

Ca şi în cazul adultului, boala face parte şi din viaţa copilului. La adult, boala reprezintă un epifenomen, pe când în cazul copilului ea este resimţită în mod diferit de

acesta şi de familia sa. Boala introduce un personaj nou în viaţa copilului, şi anume medicul, cu care trebuie să comunice şi să stabilească un tip nou de relaţie. În unele situaţii, copilul trebuie chiar să se separe de familia sa pentru a intra într-un mediu nou, necunoscut, care este spitalul.

Relaţia medic-copil are un caracter ambiguu, pe care-l putem pune în evidenţă prin „testele de desen" sau prin „jocul de-a doctorul". În aceste desene-test cu valoare proiectivă, doctorul se caracterizează prin trei elemente : costum sobru, pălărie, geantă neagră. Ele sunt atributele accesorii ale prestigiului şi autorităţii pe care le incarnează medicul. Aspectul general este de ceremonial, ca o dramatizare a vizitei medicale în planul reprezentărilor copilului bolnav.

Al doilea personaj din desenele-test ale copilului este mama, care se poate prezenta în următoarele trei situaţii :

a) relaţie traumatizantă şi anxiogenă ;
b) mama şi medicul formează un cuplu de care copilul se simte legat ;
c) cuplul mamă-medic poate fi perceput ca frustrant, în sensul că medicul se poate substitui mamei.

În cazul „jocului de-a doctorul", medicul se prezintă pentru copil sub trei aspecte funcţionale : funcţie-rol paternă, funcţie-rol maternă, funcţie sexuală.

Rolul patern al medicului îi revine unui personaj care are toate caracteristicile paterne ale puterii şi care inspiră sentimente de frică şi supunere din partea copilului ; în acest caz, medicul este trăit ca un personaj agresiv, reprezentând puterea paternă sau chiar o putere supremă, căreia, în final, şi tatăl real al copilului i se va supune.

Rolul matern este redus la cel de infirmieră devotată, protectoare şi securizantă pentru copil.

Funcţia sexuală este evidentă. Din punct de vedere psihanalitic, medicul are un rol simbolic falic, periculos şi castrator prin faptul că el are dreptul de a vedea şi de a atinge „zone interzise" ale trupului şi de „a acţiona" asupra acestora.

10. Cercetarea ştiinţifică în psihologie şi psihopatologie

Cadrul general al problemei

Cercetarea ştiinţifică în psihologie şi psihopatologie are caracteristici proprii, specifice, datorate atât naturii *obiectului* acestor discipline, cât şi *metodologiilor* utilizate în activitatea de cunoaştere[1].

Psihiatria, ca oricare altă ramură a disciplinelor medicale, are ca obiectiv delimitarea, descrierea, definirea şi clasificarea tulburărilor psihice, pentru a le putea grupa în *specii morbide* sau *boli*, raportate la cauzele cunoscute sau ipotetice, specifice sau nespecifice care le produc, în vederea aplicării tratamentelor de specialitate cu scopul restabilirii stării de sănătate mintală a bolnavului respectiv.

În vederea realizării acestor obiective, cunoaşterea ştiinţifică în domeniul psihiatriei se bazează, în primul rând, pe *observaţia clinică* a bolnavului mintal, considerat un *caz clinic.* Acest mod de etichetare a bolnavului precizează de la început fixarea atenţiei asupra faptelor de experienţă exterioare persoanei. Observaţia clinică, în această situaţie, urmăreşte ca din inventarierea acuzelor clinice (simptomele) să se stabilească diagnosticul care defineşte şi precizează natura tulburărilor respective considerate ca *boală psihică.*

Cercetarea ştiinţifică în psihiatrie este, în principal, o analiză bazată pe *experienţa clinică* ce *observă* (vede) şi *ascultă* (aude) cele relatate de bolnav (acuzele clinice sau „naraţiunea clinică"), precum şi *manifestările* bolnavului (expresii, reacţii, conduite, comportamente, acţiuni etc.).

Cercetarea *cazului clinic*, considerat un accident, se bazează pe datele furnizate de anamneza clinică şi pe reconstituirea evoluţiei clinice a procesului morbid sau *istoricul bolii*, de la data debutului acesteia până în momentul *examenului clinic*, al *întâlnirii medic-bolnav.* Examenul clinico-psihiatric urmăreşte să pună în evidenţă cu rigurozitate faptele sau manifestările clinice anormale, din care să reconstituie tabloul clinic al bolii. Aici, cercetarea medico-psihiatrică se opreşte. Ea nu merge mai departe. Activitatea medicală se desfăşoară între *diagnostic* şi *tratament*, cele două *momente* ale actului medical.

Boala psihică este concluzia epistemologică a actului de observaţie clinico-psihiatrică. Boala psihică, văzută ca rezultat al raţionamentului clinic, exprimă *în* şi *prin* diagnostic sinteza observaţiei şi a concluziilor. Ea exprimă starea de alteralitate sau de anormalitate psihică a „cazului" sau a bolnavului psihic. Dar, din punct de vedere metodologic, ea

---

1. C. Enăchescu, *Tratat de teoria cercetării ştiinţifice*, Editura Polirom, Iaşi, 2005.

este rezultatul raţionamentului medical care desemnează anormalitatea psihică. Prin urmare, *boala* ca atare este, de fapt, un concept operaţional, un construct al intelectului cunoscător, care desemnează în limbajul ştiinţific medical transformarea psihopatologică a persoanei bolnavului sau „grupajul de fenomene psihice morbide" observate de medicul-cercetător la subiectul/bolnavul său. Ea este expresia ştiinţifică a stării de dezechilibru sau de tulburare patologică a personalităţii individului respectiv.

Gândirea medico-psihiatrică se înscrie în cadrul raţionamentului clinic general care nu face, practic, nici un fel de distincţie epistemologică (şi, de altfel, nici nu urmăreşte acest lucru) între tulburările somatice, tulburările psihice sau tulburările psihosomatice.

Gândirea clinică este bazată pe „privirea" şi „ascultarea" bolnavului şi a relatărilor acestuia despre suferinţele sau tulburările sale. Prin aceasta, ea este şi rămâne exterioară (în sfera *cunoaşterii empirice*) persoanei bolnavului. Cea care vine să „completeze" într-o anumită privinţă acest punct de vedere prin sondarea modalităţii în care bolnavul îşi „trăieşte" propria suferinţă este psihologia medicală, dar şi aceasta până la un anumit punct.

Psihologia şi psihopatologia se situează, în ceea ce priveşte cunoaşterea ştiinţifică a persoanei umane normale sau bolnave psihic, pe poziţii diferite faţă de modelul de gândire medico-psihiatrică, deşi există şi în cazul lor diferenţe în ceea ce priveşte atitudinile metodologice.

Psihologia şi psihopatologia au acelaşi *obiect de cercetare*: persoana umană. Psihologia se interesează de aspectele normale ale vieţii psihice, pe când psihopatologia îşi fixează ca obiect de studiu fenomenele psihice morbide. În acest al doilea caz, psihopatologia „preia" obiectul din clinica psihiatrică, reprezentat de persoana bolnavului psihic, pe care-l studiază cu ajutorul metodelor psihologiei, încercând să explice natura alteralităţii acestuia, a fenomenelor psihice morbide.

Dacă în psihiatrie cunoaşterea este şi rămâne exterioară obiectului, fixându-şi atenţia asupra manifestărilor persoanei bolnavului, psihopatologia caută să treacă dincolo de cadrul empiric al faptelor clinice şi să înţeleagă natura fiinţei umane bolnave psihic. Obiectivul psihopatologiei este de a fixa alteralitatea psihică în contextul psihobiografiei sau al istoriei vieţii interioare a persoanei bolnavului, de a înţelege şi, în felul acesta, de a explica natura şi semnificaţia acesteia.

Pe aceste considerente, cercetarea, atât în psihologie, cât mai ales în psihopatologie, diferă de metoda clinico-psihiatrică. Ea va utiliza metodele fenomenologice şi comprehensive, efectuând un „act hermeneutic" de descifrare şi înţelegere a semnificaţiei stării de alteralitate psihică. Dincolo de „tabloul clinic" construit din tulburările aparente, obiective sau obiectivabile, se află persoana bolnavului psihic, iar cunoaşterea acesteia este obiectivul final al psihopatologiei, la fel cum, în cazul psihodiagnosticului proceselor normale, concluzia va fi reprezentată prin configurarea „profilului psihologic" al personalităţii subiectului analizat sau cercetat.

Din cele de mai sus se desprinde în mod clar diferenţa de atitudine, ca tactică, şi de metodologie, ca strategie a cercetării ştiinţifice în psihologie şi psihopatologie, spre deosebire de examenul clinico-psihiatric al bolnavului mintal.

Sursele cunoaşterii în psihologie şi psihopatologie

În psihologie şi psihopatologie se diferenţiază două tipuri de *cunoaştere ştiinţifică*: *modalităţile de cunoaştere curentă* şi *metoda ştiinţifică*. Le vom prezenta în continuare.

1. *Modalităţile de cunoaştere curentă* sunt reprezentate prin următoarele:
   a) *simţul comun*, care ne ajută să distingem şi să separăm adevărul de fals;
   b) *apelul la autoritate*, reprezentând acceptarea necondiţionată a opiniei experţilor fără a o mai trece prin filtrul propriei judecăţi, în mod automat şi necritic. Aceasta reproduce spiritul vechiului dicton scolastic ce afirma fără drept de replică: *Magister dixit!*;
   c) *raţionamentul deductiv*, introdus de R. Descartes, o formă de gândire logică prin silogism care deduce adevărul despre un obiect gândit din judecăţi prealabile ce conduc către această concluzie;
   d) *observaţia curentă, nesistematică*, introdusă de J. Locke, ce pleacă de la observaţii nesistematizate, disparate, lipsite de o metodă precisă, ca în cazul observaţiei sistematice, bazată pe o metodă ştiinţifică şi riguros condusă către aflarea adevărului.
2. *Metoda ştiinţifică* este mult mai complexă, mai riguroasă şi mai nuanţată. Ea priveşte mai multe aspecte, care se organizează într-o înlănţuire secvenţială de *momente ale cercetării*, de tipul unei succesiuni logice, reproducând un model riguros de gândire şi organizare a activităţii de cercetare ştiinţifică. Aceste *etape metodologice* ale cercetării sunt următoarele:
   a) *pregătirea pentru studiu* sau cercetarea ştiinţifică, vizând următoarele aspecte:
      – identificarea problemelor de interes;
      – informarea despre datele relevante din literatura ştiinţifică de specialitate;
      – alegerea metodelor folosite pentru cercetare;
      – studiul cercetărilor şi enunţarea ipotezelor;
   b) *desfăşurarea activităţii de studiu* sau de cercetare ştiinţifică, în următoarele etape:
      – delimitarea metodelor de cercetare;
      – colectarea datelor;
   c) *analiza datelor* culese din cercetarea ştiinţifică, prin următoarele mijloace:
      – utilizarea metodelor statistice;
      – discutarea şi analizarea implicaţiei domeniului de cercetare descoperit, în raport cu ipotezele cercetării;
   d) *comunicarea descoperirii* rezultate din activitatea de cercetare ştiinţifică, reprezentată prin:
      – prezentarea de comunicări ştiinţifice la o întrunire profesională;
      – publicarea unui articol într-o revistă de specialitate;
   e) *reproducerea studiului* sau sinteza datelor rezultate din cercetarea ştiinţifică efectuată, ce constă din următoarele:
      – reproducerea exactă a studiului cercetat;
      – reproducerea studiului cu variaţii sistematice ale variabilelor relevante.

Scopurile cercetării ştiinţifice

Scopurile cercetării ştiinţifice în psihologie şi psihopatologie au, aşa cum am menţionat anterior, aspecte particulare legate de natura obiectului cercetat (viaţa psihică normală sau patologică şi semnificaţia acesteia). Din punct de vedere metodologic, distingem următoarele aspecte :

1. *Descrierea*, care constă din următoarele :
   - enumerarea caracteristicilor unui eveniment, obiect sau individ ;
   - delimitarea şi definirea acestuia.
2. *Predicţia* : psihologii cercetători nu se mulţumesc numai să descrie lucrurile observate, ci fac, de asemenea, şi predicţii sub formă de *ipoteze*. Ipoteza, în cercetarea psihologică sau psihopatologică, este o predicţie testabilă (care poate fi verificată). Ea derivă dintr-o testare anterioară, urmând ca în cazul respectiv să fie demonstrată.
3. *Controlul* datelor obţinute în cursul cercetării ştiinţifice.
4. *Explicarea* cauzelor care produc, influenţează ori favorizează producerea unui fenomen. În sensul acesta, se vor urmări două aspecte :
   - cauzele directe care sunt incriminate în producerea fenomenului ;
   - corelaţiile pozitive sau negative ce apar în acest proces.

Odată precis stabilite scopurile sau obiectivele pe care le vizează cercetarea ştiinţifică respectivă, se va trece la alegerea metodologiei cercetării (organizarea şi planificarea cercetării, alegerea metodelor – instrumente şi tehnici de lucru –, desfăşurarea propriu-zisă a activităţii de cercetare). În sensul acesta, se vor recruta „loturile de subiecţi", se vor stabili etapele de desfăşurare a cercetării etc.

Metodologia cercetării ştiinţifice

Rezultatele cercetării ştiinţifice în psihologie şi psihopatologie depind într-o măsură considerabilă de modul cum este gândită cercetarea respectivă, de organizarea cercetării şi de metodologia utilizată în cercetare ; majoritatea specialiştilor în domeniu sunt de acord în a recunoaşte trei grupe principale de metode : *cercetarea descriptivă*, *cercetarea experimentală* şi *metodele filozofice.* Le vom prezenta în continuare.

1. *Cercetarea descriptivă*

Aceasta se bazează pe observaţia sistematică şi include următoarele metode :

a) *observaţia naturală*, în cursul căreia subiectul este observat în condiţiile sale naturale fără a se interveni asupra lui ;
b) *studiul de caz*, un studiu aprofundat al unei persoane din multiple puncte de vedere, în special longitudinal, în perspectiva desfăşurării temporale a manifestărilor acestuia ;
c) *supravegherea*, o privire de ansamblu asupra caracteristicilor unui grup sau lot de cercetare prin intermediul chestionarelor, al interviurilor etc. ;
d) *testarea psihologică*, un tip de cercetare precisă, constând în aplicarea unor probe etalonate, standard, unui grup de indivizi, urmărindu-se evaluarea unor date precise ;
e) *studii de arhivă*, care constau în examinarea de înscrisuri, manuscrise, înregistrări etc.

2. *Cercetarea experimentală*

Acest tip de cercetare foloseşte *metoda experimentală*, care studiază efectul unor „variabile" (una sau mai multe) aplicate subiectului, înregistrându-se „răspunsurile" acestuia la efectul lor.

Variabilele utilizate în cercetarea experimentală pot fi dependente sau independente. În ceea ce priveşte „loturile de subiecţi" pe care se desfăşoară activitatea de cercetare ştiinţifică, acestea pot fi de două feluri:

– *lotul de probanţi* sau grupul experimental propriu-zis, pe care se desfăşoară activitatea de cercetare ştiinţifică;
– *lotul de martori* sau grupul de control, care este utilizat în scop comparativ cu lotul de probanţi, pentru verificarea „efectelor" apărute la acesta.

3. *Metodele filozofice*

Aşa cum am mai menţionat deja, obiectul psihologiei şi al psihopatologiei este surprins şi cunoscut mediat, indirect, prin manifestările sale exterioare. Fiind „subiect pur", el este şi rămâne interior persoanei respective. Din acest motiv, „persoana ca subiect pur", ca „fapte de conştiinţă", nu poate fi experimentată, ci trebuie gândită. Cunoaşterea se face, în cazul acesta, prin intermediul metodelor filozofice – metoda fenomenologică, comprehensivă – şi prin interpretarea hermeneutică a faptelor psihice normale sau patologice (K. Jaspers, E. Minkowski, L. Binswanger, H. Tellenbach).

Etica cercetării ştiinţifice

Cercetarea ştiinţifică în psihologie şi psihopatologie ridică probleme serioase şi specifice de care suntem în mod absolut obligaţi să ţinem seama. Faptul că „materialul de cercetare ştiinţifică" este reprezentat de *persoana umană*, fie că este vorba despre subiecţi normali psihic (sănătatea mintală), fie că este vorba de subiecţi cu tulburări psihice (bolnavi mintal), activitatea de cercetare implică o mare responsabilitate din partea cercetătorului, atât prin riscurile imediate pe care le prezintă, cât şi prin consecinţele la distanţă ale acesteia.

Având în vedere că acest tip de cercetare ştiinţifică operează cu „materialul uman", ea este dublată, dincolo de responsabilitatea şi seriozitatea ştiinţifică, de o mare *răspundere morală* faţă de subiectul cercetat. Aceste aspecte particulare, prezente, de altfel, ca seriozitate, în orice cercetare ştiinţifică, pun problema, mai mult decât în orice domeniu similar, a unei „etici a cercetării". În cazul cercetărilor din domeniile psihologiei sau psihopatologiei, etica cercetării are în centrul ei „respectul" şi „responsabilitatea" cercetătorului faţă de persoana subiectului său.

Etica cercetării în psihologie şi psihopatologie trebuie să mai aibă în vedere faptul că, dincolo de cercetarea propriu-zisă, cu caracter obiectiv, aceasta reprezintă şi o „întâlnire interpersonală", între *persoana cercetătorului* şi *persoana subiectului studiat*. În acest proces are loc o „întâlnire" sau o punere „faţă-n faţă" a două „subiectivităţi umane", a două „conştiinţe", aspecte absolut esenţiale şi specifice cercetării ştiinţifice în aceste domenii de cunoaştere. Din acest motiv, cercetarea ştiinţifică în psihologie şi psihopatologie, dincolo de „rigoarea ştiinţifică", trebuie să ţină seama şi de „normele morale" ale întâlnirii subiect-experimentator. Or, tocmai aceste aspecte particulare constituie „etica cercetării" în aceste domenii.

Primul lucru la care trebuie să ne gândim în cazul proiectării unei cercetări în psihologie sau psihopatologie este dacă ne putem permite sau nu să facem o anumită cercetare ; dacă cercetarea ştiinţifică nu prezintă riscuri pentru sănătatea mintală, imediată sau la distanţă, a subiectului, dacă nu-i afectează demnitatea, statutul social etc. Respectul pentru subiectul cercetat trebuie să stea pe primul plan. Din acest motiv, este absolut necesar ca, ori de câte ori proiectăm o cercetare ştiinţifică şi informăm exact subiectul sau lotul de subiecţi despre „intenţiile" (obiectivele cercetării) pe care urmărim să le realizăm, să le explicăm în ce constă cercetarea, durata acesteia, ce „probe" le vor fi aplicate, ce „norme" trebuie să respecte subiectul sau lotul pentru a coopera/colabora cu cercetătorul sau echipa de cercetare în vederea realizării studiului proiectat. În sensul acesta, se va căuta să se stimuleze curiozitatea, interesul subiectului/ subiecţilor, făcând ca între cercetător şi subiect să existe o atmosferă de înţelegere, cooperare şi orientare comună. Acceptarea de către subiect, acordul acestuia de a se supune rigorilor cercetării ştiinţifice sunt, prin urmare, absolut esenţiale. O cercetare făcută asupra unor subiecţi împotriva voinţei lor, neinformaţi sau greşit informaţi va duce la erori, conflicte, deformând rezultatele.

În al doilea rând, cercetătorul ştiinţific trebuie ca, înainte de a începe cercetarea ştiinţifică, să se informeze asupra temei pe care o va studia în literatura ştiinţifică de specialitate, să fie la zi cu rezultatele ştiinţei în domeniul respectiv.

În al treilea rând, va trebui să organizeze şi să planifice etapele cercetării ştiinţifice, să stabilească tactica şi strategia cercetării, metodele, tehnicile şi instrumentele de lucru. Se va trece apoi la recrutarea subiecţilor, după criterii riguroase, în conformitate cu obiectivele cercetării propuse.

Cercetarea ştiinţifică se va desfăşura numai în condiţii care să permită realizarea corectă a acesteia, evitându-se situaţiile improprii unei cercetări. Ea se va desfăşura cu tact, discreţie, respectându-se cu stricteţe secretul profesional privind identitatea subiectului cercetat sau a subiecţilor din lotul de cercetare.

Se va căuta să se evite, pe cât posibil, producerea unor situaţii conflictuale sau ca respectiva cercetare să aibă efecte nocive asupra subiectului ori a lotului de subiecţi studiat.

Se va avea, de asemenea, în vedere ca rezultatele să fie verificate, validate şi ulterior corect „comunicate" sau „publicate" în mediile ştiinţifice de specialitate.

Aspectele discutate mai sus evidenţiază faptul că cercetarea ştiinţifică în psihologie şi psihopatologie, aşa cum spuneam la început, are particularităţi specifice, de care suntem absolut obligaţi să ţinem seama ori de câte ori întreprindem un astfel de tip de activitate.

11. Psihozele experimentale

Aspecte generale

Prezenţa nebuniei în lume a produs sentimente şi atitudini paradoxale : uimire, nelinişte, teamă, repulsie sau fascinaţie, toate generând, dincolo de orice formă de „atitudine socială", întrebări. Prima şi cea mai neliniştitoare dintre ele a fost : „Ce este nebunia ?". Deşi am vorbit despre aceste aspecte pe larg, vom distinge două categorii de răspunsuri : *culturale*, de factură mistico-magică, ce consideră nebunia o manifestare a supranaturalului în om, divin sau demoniac ; *ştiinţifice*, de factură predominant medicală sau medico-psihologică, ce văd în nebunie o alterare a spiritului, o schimbare patologică a persoanei umane, sub diferite aspecte.

Interesant şi semnificativ pare faptul că ambele opinii au existat permanent în paralel, acceptându-se reciproc, în mod tacit, adesea chiar completându-se sau suprapunându-se până la a se confunda una cu alta. Exemplul cel mai semnificativ, în sensul acesta, ne este oferit de *psihozele experimentale.* Dar până la analiza aspectului pur ştiinţific, vom insista asupra etapelor care l-au precedat.

Acceptând existenţa unei *fascinaţii a nebuniei* din care decurg orice interogaţie, precum şi multitudinea de răspunsuri, trebuie să acceptăm, lucru probat, de altfel, şi de faptele istorice, că se poate vorbi despre o *istorie culturală a nebuniei*, alături de cea ştiinţifică, psihiatrică sau medico-psihologică (M. Sendrail, J. Postel şi Cl. Quetel, H. Baruk, T.-K. Osterreich, M. Ristich de Groote, H. Ey, W. Szumowski, M. Foucault, R. Semelaigne, Y. Pelicier, D. Cargnello).

Se poate afirma, în sensul acesta, fără a comite o eroare, că „intrarea" în psihiatrie s-a făcut prin „poarta" practicilor mistico-magice, ale şamanismului şi divinaţiei oraculare, precum şi prin sistematizarea datelor comparate de antropologia culturală, în special a celor de etnopsihologie şi psihiatrie transculturală (M. Eliade, H. Ellenberger, E. Kraepelin, Y. Pelicier, H. Ey, M. Sendrail, A.V.S. De Reuck şi R. Porter).

Extazul şamanic şi transa oraculară au constituit primele manifestări culturale, dar şi primele „modele de comportament" ale nebuniei ritualizate şi cu o funcţie socială bine precizată. În această accepţiune, nebunia este „poarta de trecere" într-o „altă lume". O lume a misterelor, a miracolului sau a terifiantului, a extazului sau a angoasei – pe scurt, o perspectivă deschisă către descoperirea şi cunoaşterea omului şi a destinului acestuia (J. de Romilly, A. Festugière, M. Eliade). Este de la sine înţeles faptul că aceste „practici" se fundamentau pe nişte *mituri ale nebuniei*.

Practica nebuniei în cultură, ca paradox al gândirii logice, al comportamentului concordant cu realitatea, al modului de a simţi şi de a vedea al naturii umane,

demonstrează că aceasta a exercitat şi, sub alte forme, diferite de cele arhaice, continuă să exercite anumite *funcţii sociale* chiar în societăţile moderne, aşa cum a făcut-o în cele anterioare istoric.

Nebunia, ca paradox al naturii umane, fascinează, şochează şi invită totodată la reflecţie. Din punct de vedere psihanalitic, ea exercită, în planul colectivităţilor umane, o funcţie cathartică (D. Barrucand, C. Enăchescu). Este „descoperire" şi „avertisment", realizând întâlnirea umanului cu supranaturalul divin, ca în cazul profetismului sau al divinaţiei oraculare. În sensul acesta, Pythia, la greci, şi Sybila, la romani, devin personaje emblematice, simboluri ale exemplarităţii nebuniei, respectată, temută şi ascultată.

Luciditatea vizionară a profeţilor Vechiului Testament, precum şi extazul tenebros al profeteselor oracolului din Delphi sau al sibilelor romane sunt „semne" trimise oamenilor de divinitate, cărora aceştia trebuie să se supună şi pe care trebuiau să le urmeze.

„Delirul profetic" se întemeiază, la originea sa ca act cultural, pe credinţa că reprezintă o „voce divină", un „avertisment" dat oamenilor de către divinitatea percepută ca instanţa de supremă „cenzură". De fapt, totul este o vastă „proiecţie colectivă" a pulsiunilor acumulate într-o comunitate umană care se „descarcă" periodic, realizând un act de catharsis colectiv. Este calea de „purificare" şi de „regăsire" a originilor, fapt care corelează nebunia cu miturile salvatoare, ale „reparaţiei" morale a unei lumi roase de vicii, de păcate şi care, după un ritual prestabilit, se restaurează periodic (M. Eliade, Y. Pelicier, J. Starobinski).

Pentru Socrate, nebunia este de două feluri: *nebunia divină* (*theamania*), dar al divinităţii, şi *nebunia-boală*, alterare a spiritului, a minţii şi comportamentului uman. Se stabileşte în felul acesta o demarcaţie netă între dimensiunea *culturală* şi cea *medicală* a nebuniei.

Această dihotomie a nebuniei nu poate fi contestată, iar psihopatologia trebuie să-i acorde o atenţie deosebită pentru a putea realiza, prin aceasta, o viziune cât mai completă asupra umanului. În plus, ni se revelează, încă o dată, faptul că nebunia, ca paradox al umanului, are un rol deosebit de complex atât în existenţa individuală, cât şi în cea socială, iar ignorând-o, refuzând s-o vedem şi s-o înţelegem, vom avea numai o imagine parţială a omului. Valoarea psihopatologiei constă tocmai în revelarea acelei laturi ascunse, tenebroase a spiritului care, pierzându-şi lumina raţiunii, se cufundă în întunericul nebuniei, al iraţionalului. Un asemenea motiv tematic ne este oferit de *psihopatologia experimentală*.

S-ar putea ca acest termen să surprindă, mai ales că am afirmat anterior în această lucrare că obiectul psihopatologiei nu se experimentează, el fiind supus reflecţiei şi analizei fenomenologice, unei interpretări hermeneutice. Vom încerca să dovedim că ceea ce înţelegem prin *experiment* în psihopatologie se referă, de fapt, la „reproducerea" unor manifestări psihice anormale, morbide, cu caracter tranzitoriu, în scopul analizei şi cunoaşterii fenomenelor psihice morbide, aşa cum sunt ele întâlnite, în mod curent, în clinica psihiatrică.

Reproducerea artificială a unor manifestări psihice anormale, de regulă de factură psihotică, reprezintă o formă de „acces controlat" pentru înţelegerea mecanismelor psihopatologice ale fenomenelor psihice morbide. Distingem, în sensul acesta, două aspecte: utilizarea în scopul unor ritualuri mistico-magice a unor substanţe psihotrope de natură psihodisleptică, capabile de a produce stări de extaz, trăiri onirice, derealizări

şi depersonalizări etc., ce au semnificaţia de comportamente culturale, fără o intenţie de cercetare psihopatologică directă; administrarea pe un lot experimental de animale de laborator sau pe subiecţi umani voluntari a unor substanţe psihotrope cu acţiune selectivă, controlabile, în scopul reproducerii şi studierii unor manifestări psihopatologice.

Substanţele psihotrope

În psihofarmacologie, prin substanţe psihotrope se înţelege acel grup de substanţe chimice, naturale sau de sinteză, care, administrate unor subiecţi normali, pot induce modificări variate ale funcţiilor psihice (euforizante, tranchilizante, sedative, anxiolitice, hipnotice) sau care, la bolnavii psihic, pot determina efecte terapeutice pozitive de restaurare a echilibrului psihic (antidepresive, antihalucinogene etc.). Alături de acestea, mai este cunoscută o gamă largă de substanţe psihotrope care, administrate, produc efecte „negative", inducând apariţia unor manifestări psihotice, delirante, delirant-halucinatorii, stări confuzionale, agitaţie etc. Acestea sunt substanţele psihodisleptice.

Din cele mai vechi timpuri sunt cunoscute aceste substanţe, de regulă alcaloizi, extrase din plante, care, aşa cum am spus, administrate unor persoane, produc modificări psihice de diferite tipuri, intensităţi şi durate.

Unele dintre acestea sunt larg utilizate în mod curent, în special în scopul obţinerii unei stări de euforie, asociată adesea cu o analgezie sau cu o reducere a sensibilităţii generale, fapt care produce o stare de „bine general", un sentiment hedonic fizic şi psihic. Aceste substanţe, descoperite şi utilizate în istoria umanităţii, sunt la origine legate de o practică magică, tocmai datorită efectului pe care-l produce utilizarea lor.

Cel mai vechi cunoscut din această serie este *alcoolul*, principiul activ existent în vin şi care produce beţia, starea de euforie cu dezinhibiţie hipomaniacală sau moriatică, uneori chiar cu agitaţie motorie şi verbală violentă, dezordonată şi antisocială. În jurul lui s-a creat şi cultul zeului Bacchus, cu întregul său ritual orgiastic.

Tot din Antichitate sunt cunoscute efectele *mandragorei*, descoperită şi utilizată de Dioscoride. Alcaloid solanaceu cu efecte atropinice, acesta era considerat afrodiziac, anestezic, narcotic, atribuindu-i-se o valoare magică particulară.

Dacă cele două substanţe sus-menţionate aparţin bazinului european al Mediteranei, în mod egal, din vechime sunt cunoscute şi utilizate în Asia, în special în China şi India, *opiul* şi derivatele acestuia, tot pentru efectele sale analgezice, hipnotice şi de derealizare. Aceste preparate au fost introduse şi utilizate în medicina europeană, iniţial de Paracelsus şi, ulterior, de Sydenham. Dintre derivatele de opiu, cel mai cunoscut şi mai folosit în medicină este *morfina*.

Opiaceele produc o stare de linişte, sentimentul de „bine" general, fizic şi psihic, desprinderea de realitate, destindere musculară, distanţare de orice fel de preocupări, tensiuni psihice emoţionale, stări de transă onirică etc.

Din America provine alcaloidul *cocaina*, extrasă din frunzele de coca, drogul sacru al incaşilor, utilizat în Europa iniţial de P. Mantegazza şi, ulterior, de S. Freud, pentru efectele sale antidepresive şi euforizante, ca anestezic, excitant intelectual şi al imaginaţiei.

O altă substanţă psihotropă, cunoscută încă de la Herodot şi menţionată de Homer în *Odiseea*, este *haşişul*, principiu alcaloid extras din *canabis indica*, având acţiune

halucinogenă şi producând prin ingestie stări de derealizare onirică, euforie, destindere generală. Era foarte la modă ca utilizare în secolul al XIX-lea la poeţii şi scriitorii romantici. Ch. Baudelaire notează aceste experienţe personale în *Les paradis artificiels* şi, ulterior, J. Cocteau le va descrie în *Opium*.

Tot din America provine *mescalina*, alcaloid extras din peyotl, venerată de indigeni ca drog iniţiatic. Administrarea sa induce o stare de extaz nirvanic, populat cu viziuni, o stare de derealizare resimţită de individ ca o dematerializare corporală cu trecerea în „alte dimensiuni" temporal-spaţiale.

Mescalina, utilizată experimental, produce stări senzoriale particulare, de tipul „audiţiei colorate", în cursul cărora subiectul percepe sunete muzicale asociate cu imagini, mai mult sau mai puţin organizate din punct de vedere formal, întotdeauna colorate, toate derulându-se pe fondul unei trăiri emoţional-afective agreabile, pe care, ulterior, persoana respectivă o poate relata.

Produsul de sinteză *LSD-25* (dietilamida acidului lisergic) este un drog psihodisleptic capabil să producă, atunci când este administrat, stări psihotice similare tablourilor clinice ale schizofreniei.

Psilocibina este principiul activ conţinut într-o ciupercă din America de Sud. Cunoscută şi sub denumirea de „ciuperca sacră", ea are o acţiune psihodisleptică apropiată de cea a mescalinei şi LSD-25.

De Jong şi Baruk au utilizat în experimentele pe animale efectele *bulbocapninei*, care, administrată, produce tablouri clinice de tipul catatoniei.

În afara celor sus-menţionate, ştiinţa modernă a produs în laborator numeroase substanţe de sinteză care au efect psihotrop important şi variat ca acţiune. Printre acestea se numără protoxidul de azot, eterul, amfetaminele (simpatina, pervitina, benzedrina, metedrina), precum şi cortizonul şi unele antibiotice.

Modele experimentale nefarmacologice

Faţă de *metodele farmacologice* de producere experimentală a unor tablouri psihotice, mai trebuie menţionată şi categoria *metodelor nefarmacologice*, prin intermediul cărora se pot realiza modele experimentale de psihoze. Acestea se bazează pe mecanisme neuropsihologice de condiţionare, deprivare sau inducţie sugestivă şi pot reproduce diferite tablouri de psihoze. Le vom prezenta succint în cele ce urmează:

1. I.P. Pavlov a reuşit să obţină modele de *nevroze experimentale* la animale printr-un mecanism de condiţionare patologică, explicat de el prin „ciocnirea (conflictul) dintre excitaţie şi inhibiţie". Ruperea echilibrului „stereotipului dinamic" al activităţii nervoase superioare duce la apariţia unor stări pe care autorul menţionat le-a numit „nevroze experimentale". Ele pot fi produse la animalele de experienţă prin „schimbarea" regimului condiţionării anterioare. Este un proces experimental care, de fapt, tulbură un model de comportament învăţat anterior cu unul nou, de factură „parazitară", care-l înlocuieşte sau perturbă pe primul.
2. O altă metodă de realizare a unor modele experimentale de tulburări psihice este reprezentată de „deprivarea senzorială". Plasarea subiecţilor voluntari în condiţii de izolare absolută în raport cu stimulii vizuali, auditivi, tactili poate duce la apariţia

rapidă a unor tulburări psihice, în special din sfera perceptivă de tipul halucinaţiilor. Concomitent, se pot instala stări de nelinişte, anxietate, agitaţie şi tulburări de conştiinţă.

3. Tulburările psihice pot fi produse, experimental, prin deprivarea unor subiecţi de somn. Suprimarea somnului se manifestă prin modificări ale electroencefalogramei, dar şi prin stări de nelinişte, anxietate, iritabilitate, agitaţie sau stări confuzionale.
4. Una dintre metodele cele mai cunoscute de producere a unor tulburări cu caracter reversibil din sfera funcţiilor neurologice (anestezii, parestezii, contracturi, paralizii, afonii etc.) sau a funcţiilor psihice (bizarerii, automatisme, crize de diferite aspecte, puerilism etc.) constă în utilizarea inducţiei sugestive în cursul somnului hipnotic. În cursul hipnozei se produce o permeabilizare a conştiinţei subiectului, care devine extrem de receptiv la „ordinele" care i se dau de către experimentator. Acesta poate „manipula" personalitatea subiectului său, obţinând „tablouri clinico-psihiatrice" dintre cele mai diferite, cu un mare polimorfism, aşa cum sunt ele realizate în cursul crizelor isterice. Metoda a fost utilizată în sensul acesta de J.M. Charcot. Ea are însă şi avantajul de a putea anula simptomatologia nevrotică a bolnavilor adevăraţi prin „decondiţionarea" acestora în cursul somnului hipnotic.

Ca şi *psihozele experimentale* produse prin administrarea de substanţe farmacologice psihotrope, şi în cazul metodelor neuropsihologice sus-menţionate *tulburările psihice* produse experimental au un caracter reversibil. Ele nu sunt nocive şi sunt lipsite de consecinţe negative pentru personalitatea subiecţilor supuşi experimentului.

Aceste experimente au o valoare deosebită, întrucât ne oferă posibilitatea de a înţelege şi urmări într-o manieră *dirijată* apariţia, evoluţia şi disoluţia unor *tablouri psihopatologice* produse în condiţii de *laborator*, în mod dirijat/controlat de experimentator. Prin aceasta se poate face o corelaţie sau o analiză comparată între *psihozele clinice* şi *psihozele experimentale* sau între *modelul natural* şi *modelul experimental*.

Nebunia şi ritualurile culturale

Între ritualurile culturale şi nebunie există o relaţie specială, căreia psihanaliza şi psihopatologia îi oferă o explicaţie interesantă şi originală în raport cu semnificaţia comportamentelor colective ale grupurilor socioumane.

Orice ritual este un comportament simbolic care, în plan social, reprezintă forme periodice de manifestări sublimate ale unor pulsiuni acumulate sau refulate ale inconştientului colectiv sau aspiraţii ale Supraeului spiritual şi moral. Raportate la reprezentările şi miturile colective specifice unei comunităţi socioumane, comportamentele ritualizate reprezintă modalităţi de „refugiu" sau de „descărcare", un catharsis colectiv care completează sau compensează protectiv viaţa cotidiană cu rigorile ei, cu sistemele şi normele sociale, precum şi cu tabuurile socioculturale şi moral-spirituale impuse ca obligativităţi. Nu vom insista asupra acestor manifestări, ci ne vom referi la relaţiile dintre aceste conduite ritualizate şi nebunie.

Rolul nebuniei în cazul ritualurilor culturale este de a realiza un catharsis colectiv. În cazul acesta, *nebunia* trebuie înţeleasă ca o formă de „descărcare pulsională colectivă", desfăşurată după anumite norme, reguli acceptate şi instituţionalizate, ce revin periodic în viaţa unei societăţi. Fiind manifestări „acceptate", dar şi „necesare", ele au o funcţie

cathartică, fapt care face ca „nebunia culturală" să se înscrie, în mod paradoxal, în seria unor forme de „psihoterapie colectivă", ca o „supapă cathartică".

Orice ritual implică un „act de trecere", un contact al omului cu supranaturalul. Intrarea în supranatural se face prin intermediul „elixirelor", al „filtrelor" preparate ce conţin majoritatea drogurilor sus-menţionate şi care produc extazul prin efectele psihotrope, de factură euforizantă sau psihodisleptică ale acestora.

Nu trebuie însă trasă concluzia că orice ritual este efectul sau motivul mascat al utilizării unor droguri euforizante sau halucinogene. Dar orice ritual cultural încearcă să pătrundă în lumea misterelor pe care „universul nebuniei" le oferă din plin.

Cele mai utilizate droguri sunt alcoolul (beţiile orgiastice), drogurile halucinogene care produc stări de extaz (mescalina, psilocibina, LSD-25, haşişul etc.).

Dacă nebunia este prezentă, în diferite forme şi grade de intensitate, în marea majoritate a ritualurilor culturale, nu trebuie să afirmăm că orice ritual cultural este într-un raport direct de condiţionare cu utilizarea unui drog psihotrop. În cele de mai sus, ne-am referit în primul rând la ritualurile culturale care utilizează drogurile psihotrope tocmai pentru a sublinia prin aceasta relaţia care există între nebunie şi conduitele culturale ritualizate.

Dincolo de aspectele culturale, aceste forme de manifestare colectivă a „nebuniei" reprezintă teme de reflecţie psihopatologică şi psihanalitică în care trebuie să „vedem" şi să „înţelegem" natura umanului, aşa cum am arătat mai sus. Nevoia sau apelul la droguri nu este un fapt întâmplător sau un simplu divertisment. Specific conduitelor umane supuse cenzurii, el reprezintă o formă de „descărcare simbolic-sublimată", cu caracter periodic, a pulsiunilor inconştientului colectiv, specifică şi necesară comunităţilor socioumane.

Psihozele experimentale

Dacă obţinerea de stări sau de trăiri psihice paradoxale prin ingestia de droguri psihotrope cu acţiune psihodisleptică este cunoscută de multă vreme, „medicalizarea" acestor practici culturale reprezintă o problemă de dată relativ recentă.

Descoperirea acţiunii psihotrope a fenotiazinei, care a marcat începutul erei psihofarmacologice, a fost urmată la scurtă vreme de o direcţie de dezvoltare a cercetărilor deosebit de interesantă. Este vorba de încercarea de a produce „experimental" tulburări psihice, prin administrarea de substanţe psihotrope, în primul rând a celor din grupa psihodislepticelor. Aceste studii au avut ca scop cercetarea mecanismelor de producere a tulburărilor psihice, în primul rând a psihozelor.

Psihopatologia experimentală bazată pe cercetări psihofarmacologice cunoaşte astăzi o continuă dezvoltare şi, pe lângă contribuţiile aduse la cunoaşterea mecanismelor biochimice care stau la baza apariţiei tulburărilor psihice, a adus şi valoroase contribuţii de ordin terapeutic.

În general, există numeroase tentative de producere experimentală a tulburărilor psihice nu numai cu ajutorul substanţelor chimice.

Primele încercări datează din secolul al XIX-lea, când au fost induse tulburări psihice prin sugestie, în cursul stărilor de somn hipnotic. S-a stabilit astfel că sugestia

are un dublu rol, esenţial în viaţa psihică. Pe de o parte, poate avea efecte psihoterapeutice, de persuasiune în corectarea unor tulburări neurologice *sine materia*, de factură funcţională, în special a celor din cursul stărilor isterice, în nevroze etc. Pe de altă parte, sugestia poate avea efecte patoplastice, de inducere, tot prin persuasiune, imitaţie etc., a unor tulburări psihice sau psihosomatice la persoanele cu o constituţie emoţională sau în condiţii speciale. Sunt cunoscute, în sensul acesta, studiile şi experienţele anterioare ale lui A. Messmer cu magnetismul animal, celebrele studii şi demonstraţii ale lui J. Charcot asupra isteriei, precum şi cercetările lui Bernheim la Nancy şi, ulterior, cele ale lui S. Freud.

Astăzi, rolul inducţiei sugestive, al contagiunii psihice prin sugestie, imitaţie etc., este bine-cunoscut şi i s-au consacrat studii numeroase, de o importanţă deosebită. Patologia psihiatrică cunoaşte de multă vreme acele forme specifice de „delir indus" care apar în cazul a două persoane, de regulă un cuplu, în care o persoană dominantă, delirantă reuşeşte să-i inducă celeilalte, dominată de aceasta, propriile idei delirante. Acelaşi lucru se poate spune despre efectul sugestiei şi în cazul suicidului colectiv.

Tulburări psihice cu caracter experimental au fost obţinute de către specialişti prin metoda „deprivării senzoriale". Aceasta constă în selecţionarea unui lot de subiecţi voluntari care sunt plasaţi în condiţii speciale, de izolare termică, fonică şi vizuală, fiind urmăriţi permanent. Absenţa stimulilor senzoriali, în speciali a celor acustici şi vizuali, va declanşa apariţia unor stări de nelinişte, anxietate, halucinaţii şi tulburări de conştiinţă de diferite grade şi intensităţi.

O altă metodă constă în deprivarea de somn. Subiecţii voluntari sunt împiedicaţi să doarmă. Suprimarea somnului va duce la importante tulburări ale ritmului psihobiologic, ale alternanţei somn-veghe, cu consecinţe imediate asupra stării psihice a subiecţilor. Apar o stare de nelinişte anxioasă, iritabilitate, labilitate emoţională, dificultăţi legate de operaţiile mintale, gândire, memorie, atenţie, tulburări de conştiinţă etc. Reinstaurarea somnului şi revenirea la biopsihoritmurile normale vor restabili starea de echilibru psihic.

Metodele „deprivării senzoriale" şi „deprivării de somn fiziologic" sunt în primul rând metode de experiment neuropsihologic şi se bazează pe mecanismele neuropsihologice care stau la baza organizării proceselor psihice. Acestea privesc însă numai o latură a problemei experimentului în psihopatologie. Cele mai utilizate metode sunt cele psihofarmacologice, de producere a psihozelor experimentale.

Cercetările de psihofarmacologie care au ca scop producerea experimentală de modificări psihice în scopul cunoaşterii mecanismelor psihopatologice ale acestora, pe de o parte, iar pe de altă parte, testarea efectelor unor medicamente psihotrope noi sunt de dată recentă, în comparaţie cu metodele experimentale sus-menţionate. Un mare număr de cercetători specialişti au consacrat importante studii în această direcţie (H. Gross şi E. Kaltenbäck, O. Benkert şi H. Hippius, J. Delay şi P. Deniker, U. De Giacomo, G.E. Morselli, D. Cargnello, B. Callieri, F. Giberti şi G. Tonini).

Aceste studii experimentale cu caracter sistematic au fost precedate, în primele decenii ale secolului XX, de experienţele cu mescalină asupra „audiţiei colorate" făcute de Gh. Marinescu, precum şi de cele ale lui De Jong şi Baruk, care au produs catatonia experimentală prin administrarea la animalele de experienţă a bulbocapninei.

Psihozele experimentale sunt în prezent un domeniu important al cercetărilor de psihofarmacologie şi se desfăşoară după un plan bine conceput şi condus, urmărindu-se în primul rând descifrarea mecanismelor producerii biochimice a tulburărilor psihice, în scopul corectării acestora cu medicamente cu efect compensator.

Primele cercetări de psihofarmacologie vizând producerea de *psihoze experimentale* s-au făcut utilizându-se alcaloizii deja cunoscuţi şi pe care i-am amintit anterior: mescalină, psilocibină, haşiş, dar mai ales LSD-25. Au fost notate şi descrise tablourile psihotice experimentale, trăirile dereist-delirante, stările oniro-halucinatorii, tulburările stării de conştiinţă, depersonalizarea etc.

Un aspect particular este reprezentat de relatările subiecţilor care au „traversat aceste experienţe" şi care au descris sau, în alte cazuri, au exprimat prin reprezentări grafo-plastice, de regulă desen şi pictură, aceste „trăiri paradoxale".

Interesant de reţinut este faptul că tulburările psihice induse experimental prin administrarea de substanţe naturale sau de sinteză cu efect psihodisleptic produc tablouri clinico-psihiatrice dintre cele mai variate, aşa cum sunt ele întâlnite în clinica psihiatrică, *modelul experimental* situându-se în paralel cu *modelul natural*. Ceea ce este caracteristic constă în faptul că tulburările care apar după administrarea drogurilor se retrag complet, fără sechele, după ce acestea au fost metabolizate şi eliminate din organism.

Fireşte că aceste cercetări experimentale au o valoare ştiinţifică incontestabilă, dar ele rămân „experimente". Din ele putem trage anumite concluzii teoretice şi practice utile, dar acestea nu acoperă toate problemele pe care le ridică psihopatologia. Nici un experiment nu poate înlocui sau reproduce *modelul uman natural*, existenţa umană. El poate constitui numai un reper, un punct de plecare de la care să dezvoltăm alte cercetări, dar între *modelul experimental de laborator* şi *modelul natural din clinică* este o diferenţă considerabilă.

Experimentul psihopatologic deschide în primul rând perspectivele unei dezvoltări a farmacologiei medicamentelor cu efect psihotrop, utilizate în tratamentul afecţiunilor psihiatrice. Marile răspunsuri la întrebările pe care le pune psihopatologia nu pot fi însă date de aceste experimente farmacologice decât într-o anumită măsură.

Psihopatologia este şi rămâne o disciplină reflexivă, al cărei obiect, spiritul uman în primul rând, este „gândit" şi „înţeles".

Secţiunea a II-a

Psihopatologie clinică

Psihopatologia clinică are ca obiectiv studiul organizării şi al dezorganizării sistemului personalităţii, considerat ca spaţiu de dezvoltare a „fenomenelor psihice morbide". Ea studiază modalităţile patologice ale proceselor psihice, considerate individual, după o ordine sistematică, sindroamele psihopatologice, precum şi nosologia psihiatrică.

Sunt analizate dinamica proceselor psihopatologice, formele lor de manifestare individuală sau în „complexe de simptome", semnificaţia acestora în raport cu persoana şi psihobiografia bolnavului.

Secţiunea a II-a

Psihopatologie clinică

Psihopatologia clinică are ca obiect studiul organizării şi al dezorganizării sistemului personalităţii, considerat ca sistem de dezvoltare a „fenomenelor psihice morbide"; studiază modalităţile patologice ale proceselor psihice, considerate individual, după o ordine sistematică, sindroamele psihopatologice, precum şi psihologia psihiatrică. Sunt analizate dinamica proceselor psihopatologice, formele lor de manifestare individuală sau în „complexe de simptome", semnificaţia acestora în raport cu persoana, psihobiografia bolnavului.

12. Organizarea sistemului personalității și dinamica proceselor psihopatologice

Teorii despre personalitate

În psihopatologie, orice analiză a fenomenelor psihice morbide trebuie să înceapă cu studiul personalității, considerată ca ansamblu de referință al vieții psihice, întrucât personalitatea este „spațiul” în interiorul căruia se dezvoltă și se manifestă fenomenele psihice morbide.

Concept operațional, personalitatea desemnează o multitudine de aspecte reunite sintetic în cadrul unui sistem structural unic, și anume cele biologico-genetice, psihologice, morale, culturale și sociale. Ea constituie, din acest motiv, un obiect de studiu multidisciplinar, pe care însă și-l dispută cu întâietate psihologia și psihopatologia, urmate de psihiatrie, psihanaliză și psihoterapie. În ceea ce privește definițiile personalității, acestea sunt multiple și nu le vom selecta decât pe cele în direct raport cu sfera psihologiei și în special a psihopatologiei. Facem aceasta întrucât psihologii și psihiatrii, prin psihopatologie, sunt primii ce revendică necesitatea unor repere și explicații clare în această privință.

Pentru K. Schneider, personalitatea este ființa umană privită din punctul de vedere al sentimentului, tendinței și voinței. După C.G. Jung, personalitatea reprezintă rolul pe care-l joacă individul în lume sau față de el însuși. L. Binswanger definește personalitatea în raport cu existența, ea fiind forma individualizată prin care psihismul este capabil de a se manifesta în lumea experienței. K. Jaspers afirmă că toate procesele și manifestările psihice, în măsura în care se leagă de un ansamblu individual și perfect inteligibil, experimentat de un individ în sfera conștiinței Eului său particular, constituie personalitatea. M. Scheler oferă o viziune mai largă, afirmând că personalitatea este ființa umană, individuală și unică, dar concomitent în relație de reciprocitate cu ceilalți oameni și cu lumea.

Pentru P. Sivadon, personalitatea este un sistem caracterizat prin „unitate, ansamblu și sinteză”, pe care îl definește astfel: „Personalitatea este o structură, un ansamblu de interacțiuni între elemente diferențiate, ale căror raporturi reciproce realizează un tot original, având o anumită constanță. Ea este o unitate care se dezvoltă și se transformă, păstrându-și identitatea și dobândind o autonomie din ce în ce mai mare în raport cu mediul material și social în care este integrată”.

Încercând să stabilească o legătură între „normal” și „patologic”, H. Ey descrie trei planuri de organizare structurală în sfera personalității umane, și anume:

a) comportamentul și conduitele sociale;

b) activitatea psihică bazală actuală, reprezentată prin:
   - conştiinţă;
   - orientare temporal-spaţială;
   - memorie;
   - afectivitate;
   - activitate sintetică (gândire, percepţii, chinezie, expresie);

c) sistemul structural al personalităţii sau Eul actual, la care distingem următoarele:
   - caracterul;
   - Eul nevrotic;
   - Eul delirant;
   - Eul demenţial;
   - absenţa totală a Eului.

Un studiu sintetic al personalităţii este oferit de G.W. Allport. Pentru acesta, personalitatea începe să se manifeste încă de la naşterea individului. Se poate afirma faptul că şi sugarul este sau are o „personalitate potenţială". Din acest motiv, putem considera copilul nou-născut nu ca pe o „persoană", ci, mai curând, ca pe un „obiect psihologic" în dezvoltare către „persoană". Acest fapt trebuie reţinut ca semnificativ în psihopatologie.

„Materiile prime" sau elementele psihologice din care se dezvoltă personalitatea sunt reprezentate, după G.W. Allport, prin următoarele: constituţia fizică, temperamentul şi inteligenţa. În cadrul procesului de dezvoltare a personalităţii, un rol important revine eredităţii, care presupune, pe lângă „factorii psihologici", şi „factori biologici". În plus, se mai adaugă şi factorii socioculturali (modelul sociocultural şi sistemul de valori).

Plecând de la datele de mai sus, G.W. Allport afirmă că prin personalitate se înţelege „ceea ce o persoană este în mod real", indiferent de modul în care ceilalţi îi percep calităţile reale şi indiferent de metodele utilizate în analiza personalităţii. G.W. Allport insistă în mod deosebit asupra aspectului metodologic în investigarea şi psihodiagnosticul personalităţii, afirmând că „trebuie să ne adaptăm cât mai mult metodele la obiect şi să nu definim obiectul în funcţie de metodele noastre imperfecte". Autorul citat recunoaşte în organizarea personalităţii două aspecte fundamentale:

a) o structură externă, vizibilă, manifestă, direct deschisă şi analizabilă, care reprezintă „percepţia celorlalţi" despre persoana respectivă sau „imaginea acesteia";
b) o structură internă, inaccesibilă abordării ştiinţifice, care nu poate fi studiată în mod direct, cu o dinamică proprie, strict individuală şi personală, pe care trebuie să o considerăm ca reprezentând „experienţa sufletească interioară", proprie şi specifică fiecărei persoane, incomunicabilă şi incomprehensibilă celorlalţi.

Pe baza celor de mai sus, G.W. Allport conchide că personalitatea este „un construct", ceva gândit, dar care nu există realmente. Ea este un „concept operaţional" al psihologiei şi psihopatologiei. Pentru psihiatrie, ceea ce are importanţă este bolnavul. În sfera antropologiei psihologice, interesul se deplasează asupra persoanei (M. de Unamuno, F. Laplantine). În felul acesta, G.W. Allport va defini personalitatea în felul următor: „Personalitatea este organizarea dinamică în cadrul individului a acelor sisteme psihologice care determină gândirea şi comportamentul său caracteristic".

Studiile de psihopatologie aduc importante contribuţii în domeniu, lărgind considerabil cadrul problemei. În sensul acesta, J. Delay şi P. Pichot definesc personalitatea în felul următor: „Personalitatea este organizarea dinamică a aspectelor cognitive (intelectuale), afective, conative (pulsiuni şi voinţă), fiziologice şi morfologice ale individului". Această definiţie ne trimite la punctul de vedere neuropsihofiziologic, dar şi la definiţia lui A. Lalande, pentru care „personalitatea este funcţia psihologică prin care un individ se consideră un Eu unic şi permanent". Recunoaştem, în aceasta din urmă, o accentuată notă antropologică, filozofică şi morală.

Elementele fundamentale care participă la constituirea sistemului personalităţii normale sunt următoarele (A. Porot):

a) unitatea şi identitatea, care fac ca personalitatea să fie un tot coerent, organizat şi rezistent;
b) vitalitatea, care este ansamblul animat şi ierarhizat a cărui dinamică este condiţionată de oscilaţiile interioare (endogene) şi de stimulii externi (exogeni);
c) luarea la cunoştinţă, ca acţiune prin care individul îşi reprezintă mintal toate activităţile sale;
d) raporturile cu mediul ambiant, prin care Eul personal „se opune" sau „se pune de acord" cu mediul social sau cu lumea fizică.

Tipurile constituţionale şi dispoziţiile psihice morbide

Oamenii sunt inegal constituiţi. Fiecare individ este o persoană unică, având o identitate proprie. *Diferenţele* dintre indivizi se raportează la *sex*, *aspectul somatic* şi *profilul personalităţii*, la care se mai adaugă factorii de diferenţiere de ordin *valoric* (cultură, educaţie, mediu familial şi social, morală, religie etc.). Aceste aspecte au o importanţă deosebită în psihologie şi psihopatologie, întrucât atât starea de *normalitate* (sănătate mintală), cât şi starea de *anormalitate* (boală psihică) depind de *natura fiinţei umane*.

Persoana umană concentrează în organizarea sa *un potenţial energetic* care reprezintă „terenul" (dispoziţia) din care derivă atât *normalitatea*, cât şi *anormalitatea*. Această „dispoziţie" este concentrată în „constituţia somatopsihică" a individului respectiv. Pentru a putea înţelege atât normalitatea, cât şi anormalitatea psihică, să analizăm aspectele legate de „constituţia" persoanei.

Constituţia somatopsihică, specifică fiecărui individ, are un caracter structural-genetic şi cuprinde, pe de o parte, *aspectul somatic*, iar pe de altă parte, *trăsăturile psihologice* ale persoanei respective. Le vom analiza pe fiecare dintre acestea în continuare.

1. *Constituţia somatică* – se referă la caracteristicile biologice ale individului şi cuprinde următoarele laturi:
   a) aspectul fizic, corporal, somatomorfic al individului: longilin-astenic, picnic-gras, atletic-musculos;
   b) tipul de dominanţă endocrină: tiroidian, hipofizar, suprarenalian, gonadic (estrogenic sau androgenic);
   c) tipul de reacţie neurovegetativă: simpaticotonic (slab, agitat, hiperreactiv, activ), parasimpaticotonic (gras, calm, echilibrat, reţinut), amfotonic (mixt, cu trăsături comune celor precedente);

d) tipul metabolic, reunind modelul anabolic-slab şi modelul catabolic-gras.
2. *Trăsăturile de personalitate* – se referă la temperament, caracter, tipul de reacţie. Între acestea, cel mai frecvent se face referire la cele patru tipuri temperamentale: coleric, sangvinic, melancolic şi flegmatic.

Plecându-se de la aspectele sus-menţionate, au fost propuse numeroase „tipologii umane" care încearcă să explice atât normalul, cât mai ales patologicul, având ca „reper" corelaţia constituţională somatopsihică. Redăm în continuare cele mai utilizate *clasificări tipologice*.

Clasificarea lui Sigaud cuprinde următoarele patru tipuri constituţionale:
1. *Tipul respirator*, cu toracele dezvoltat, este predispus la boli respiratorii.
2. *Tipul digestiv*, cu abdomenul dezvoltat, este predispus la boli digestive, hepatice şi de nutriţie.
3. *Tipul musculos*, atletic, la care predomină sistemul mioartrochinetic, este predispus la boli locomotorii şi vasculare.
4. *Tipul cerebral*, slab, este predispus la boli neurologice şi psihice.

Clasificarea lui Pende cuprinde două grupe principale de tipuri constituţionale:
1. *Tipul longilin*, cu două subtipuri:
   a) tipul longilin stenic: drept, musculos, tonic, înalt;
   b) tipul longilin astenic: înalt, plat, atonic.
2. *Tipul brevilin*, cu două subtipuri:
   a) tipul brevilin stenic: scund, drept, musculos, tonic;
   b) tipul brevilin astenic: scund, atonic, gras.

L. Corman propune o clasificare tipologică pe care o numeşte *morfopsihologie*, axată în special pe aspectul feţei şi al capului. Autorul citat distinge două mari tipuri morfopsihologice:
a) *tipul dilatat*, cu facies rotund, capul brahicefalic, ochii mari, distanţaţi, nasul scurt şi aplatizat, buze groase, mimică expresivă, labilitate emoţională, deschis afectiv, comunicativ, activ;
b) *tipul retractat*, cu facies ascuţit, supt, craniul dolicocefalic, ochii mici, buzele subţiri, mimică imobilă, rece afectiv, reţinut, prudent, închis, necomunicativ, raţional.

Este stabilit faptul că indivizii se diferenţiază tipologic între ei după criterii somatice (*biotip*) şi psihice (*psihotip*). Între structura corpului şi caracterul persoanei există o corespondenţă care face ca aceasta să aparţină unui anumit *tip uman*. Acest aspect, recunoscut de toţi specialiştii, cuprinde o gamă destul de largă de *variante tipologice* care, în esenţa lor, nu se deosebesc. Cel mai cunoscut şi mai utilizat este modelul tipologic propus de E. Kretschmer.

E. Kretschmer distinge patru *tipuri somatopsihice*, cărora le corespunde un anumit profil de personalitate, dar care reprezintă concomitent terenul pe care se poate dezvolta, neobligatoriu, o anumită afecţiune psihică. Aceste tipuri somatopsihice sunt următoarele:
1. *Tipul leptozom* sau longilin-astenic, care se caracterizează din punct de vedere somatic prin următoarele: torace îngust şi alungit, stern înfundat, omoplaţi proeminenţi; membre lungi şi subţiri, facies prelung şi retractat, cu nasul proeminent, buzele subţiri, fruntea înaltă; capul dolicocefalic. Din punct de vedere psihologic, acesta reuneşte trăsăturile introvertitului, calculat, reţinut, controlat afectiv, dominant raţional. El este tipul schizotim. Pe acest teren se poate dezvolta, neobligatoriu, schizofrenia.

2. *Tipul picnic* sau gras, care se caracterizează din punct de vedere somatic prin următoarele: torace globoid, abdomen proeminent, dilatat; membrele scurte; facies rotund, dilatat, deschis, nasul şi buzele cărnoase, privire vie, mobilă; craniu brahicefalic. Din punct de vedere psihologic, acest tip reuneşte trăsăturile de caracter ale extravertitului, deschis, jovial, comunicativ, trece uşor la acţiune, expansiv afectiv, activ, dominat de emoţii. El este tipul ciclotimic. Pe acest teren constituţional se pot dezvolta, neobligatoriu, tulburările efective de tip psihotic (psihoza maniaco-depresivă).
3. *Tipul atletic* este tipul constituţional care se caracterizează din punct de vedere somatic prin următoarele trăsături: umeri laţi, şolduri înguste, musculos, membre proporţionate şi puternice, mâna pătrată, faciesul rectangular, fruntea îngustă, pilozitate bogat reprezentată. Din punct de vedere psihologic, acest tip constituţional reuneşte trăsăturile unei personalităţi exploziv-agresive, de factură paroxistică. El este tipul epileptoid şi reprezintă terenul pe care se pot dezvolta, neobligatoriu, epilepsia, conduitele deviante violente, tulburările de caracter şi de comportament.
4. *Tipul displastic* este constituţia care, prin caracteristicile sale psihosomatice, nu intră în nici unul dintre tipurile mai sus prezentate, împrumutând caracteristici disparate de la toate acestea. Acest tip constituţional reprezintă terenul pe care se pot dezvolta, neobligatoriu, epilepsia, tulburările de comportament, în special cele deviante antisociale.

Tipologia somatopsihică a lui E. Kretschmer a fost ulterior completată de K. Conrad, care i-a adăugat o notă evolutiv-genetică prin care explica aceste diferenţe tipologice dintre indivizi. În sensul acesta, K. Conrad pleacă de la relaţia existentă între vârsta maturizării şi rapiditatea creşterii individului, pentru a explica tipologia acestuia.

Constituţia picnică este rezultatul unei creşteri încete, terminată precoce, a cărei reprezentare vizuală este conservativă şi puerilă, trăsături care se regăsesc şi în psihologia acestor indivizi.

Constituţia leptozomică este rezultatul unei creşteri rapide, dar terminată târziu, a cărei reprezentare vizuală este mult diferenţiată şi a cărei psihologie este diferită de cea a adultului.

K. Conrad consideră că cele două tipuri, *leptozom-schizotim* şi *picnic-ciclotimic*, sunt esenţiale şi suficiente în a explica aspectele personalităţii, atât din punctul de vedere al stării de normalitate psihică, cât şi din cel al stării de anormalitate psihică.

Tipurile descrise mai sus reprezintă „modele constituţionale" de factură somatopsihică, veritabile „criterii de referinţă" utilizate atât în psihologie, cât şi în psihiatrie şi psihopatologie. Alături de acestea se mai descriu şi alte categorii de „tipuri" care ilustrează şi explică fie patologia somatică, fie patologia psihică. În sensul acesta, distingem următoarele categorii tipologice:

1. *Tipurile displazice*, reprezentând *terenul* pe care se pot dezvolta suferinţe somatice diferite şi care cuprind următoarele:
   a) *tipul astenic*, longilin, leptozomic, reprezentând terenul pe care se dezvoltă afecţiunile pulmonare;
   b) *tipul vultuos*, pletoric, picnic-gras, de factură, ca teren patologic, apopletică;
   c) *tipul artritic*, de factură picnică, înclinat către afecţiuni metabolice;
   d) *tipul limfatic* sau timico-limfatic;
   e) *tipul hipoplazic*, nanic, cu aspect de infantilism.

2. *Tipurile psihopatologice* pure sunt rezultatul observaţiilor clinico-psihiatrice efectuate asupra bolnavilor psihic. Aceste tipuri nu reprezintă *boli psihice*, ci *terenul* pe care se pot dezvolta bolile psihice în anumite circumstanţe de viaţă ale individului respectiv. Ele reprezintă *trăsături accentuate* de personalitate prezente la unele persoane. Autorii francezi vorbesc, în aceste cazuri, despre *tipologiile psihopatologice*, iar autorii germani, de *variaţii patologice ale normalului*. *Tipurile constituţionale* ce reunesc condiţiile unor *dispoziţii premorbide* din care se pot dezvolta boli psihice sunt următoarele:
 a) *constituţia perversă*, caracterizată prin scăderea considerabilă a simţului moral, până la pierderea acestuia, personalitate de tip imoral, vicioasă, inadaptabilă, delictuală, antisocială, needucabilă, perversă;
 b) *constituţia paranoică*, ce desemnează tipul suspicios, egocentric, rigid, interpretativ, retras, orgolios, cu dificultăţi serioase de adaptare şi comunicare;
 c) *constituţia emotivă*, caracterizată prin hipersensibilitate, labilitate, dispoziţie afectivă inegală, imprevizibilă;
 d) *constituţia mitomaniacă* sau *imaginativă*, caracterizată prin tendinţa spre mitomanie, confabulaţie, înclinaţie către reverie, imaginativ, tendinţa către simulare sau suprasimulare;
 e) *constituţia ciclotimică*, ce reprezintă tipul înclinat către variaţii periodice cu caracter opus ale stării de dispoziţie afectivă, fie *în plus* (bună dispoziţie, euforie, excitaţie maniacală, polipragmazie), fie *în minus* (dispoziţie tristă, stare depresivă, inactivitate);
 f) *constituţia schizoidă*, care reuneşte tipurile de indivizi interiorizaţi, reci, raţionali, necomunicativi;
 g) *constituţia epileptoidă*, caracterizată printr-un temperament amorf, vâscos, egocentric, impulsiv, cu explozii imprevizibile de mânie, violent, obtuz.

Cunoaşterea acestor *tipuri constituţionale somatopsihice* este foarte importantă în evaluarea potenţialităţilor personalităţii în stare de normalitate, dar şi a potenţialului său psihopatologic, în ceea ce priveşte riscul de îmbolnăvire psihică. Din acest motiv, tipul constituţional este un preţios indicator al dinamicii psihopatologice a personalităţii şi suntem întotdeauna obligaţi să ţinem seama de el.

Organizarea sistemului personalităţii

Înţelegerea dinamicii proceselor psihice morbide, în sfera psihopatologiei, depinde de modul în care este conceput şi înţeles *sistemul personalităţii*, ca mod de organizare.

Pentru P. Sivadon, înţelegerea organizării, a structurii sistemului personalităţii se realizează în conformitate cu următoarele principii: *diferenţiere* şi *integrare*, *structurare*, *constanţă* şi *adaptare*.

Diferenţierea semnifică faptul că funcţiile, primitiv confundate, se vor separa în forme distincte, individualizate, cu caracter complementar şi apariţie succesivă.

Integrarea ulterioară într-o structură coerentă a diferitelor modalităţi funcţionale va constitui personalitatea.

Prin *structurare* se înţelege că personalitatea este o totalitate organizată, o „formă" sau o „configuraţie" (*Gestalt*), respectiv un ansamblu relaţional ce este cu totul altceva

decât suma părţilor şi care tinde să se perpetueze, reechilibrând şi completând treptat deformaţiile sale (P. Sivadon). Această organizare dinamică implică un echilibru permanent, realizat prin menţinerea identităţii personale (*constanţă*) şi amenajarea relaţiilor interpersonale (*adaptare*).

Aşa cum s-a arătat deja, există numeroase teorii care încearcă să dea o explicaţie organizării personalităţii umane şi dinamicii proceselor psihice. Desigur că fiecare dintre aceste teorii are valoarea ei şi fiecare caută să explice personalitatea din anumite direcţii de orientare doctrinară. Personal, consider că cea mai adecvată dintre acestea este modelul personalităţii propus de H. Jackson şi dezvoltat ulterior de C. von Monakow şi R. Mourgue, K. Goldstein şi A. Gelb. Acest punct de vedere răspunde necesităţilor de explicare a transformării psihopatologice a sistemului personalităţii umane în condiţiile oferite de boala psihică.

În virtutea teoriei lui H. Jackson, *personalitatea umană* reprezintă un sistem complex de *instanţe structurale* dispuse ierarhic-stratificat de jos în sus, derivând unele din altele prin diferenţiere şi specializare funcţională. Acest punct de vedere, ce îşi are originea doctrinară în *teoria evoluţionismului darwinist*, exprimă natura *evolutiv-dinamică* a personalităţii.

Instanţele care formează personalitatea se distribuie în două sectoare principale, de jos în sus:

1. *Sectorul somatic*, corporal, reprezentat prin următoarele niveluri:
   a) nivelul visceral;
   b) nivelul endocrin;
   c) nivelul neurovegetativ.
2. *Sectorul vieţii psihice*, reprezentat prin următoarele niveluri sau instanţe structurale, de jos în sus:
   a) nivelul sau instanţa instinctuală;
   b) nivelul afectiv;
   c) nivelul conativ (activitate, voinţă);
   d) nivelul cognitiv instrumental-simbolic (gândire, expresie, memorie);
   e) nivelul integrativ-sintetic (funcţia realului, orientare şi atenţie, conştiinţa vigilă, somnul).

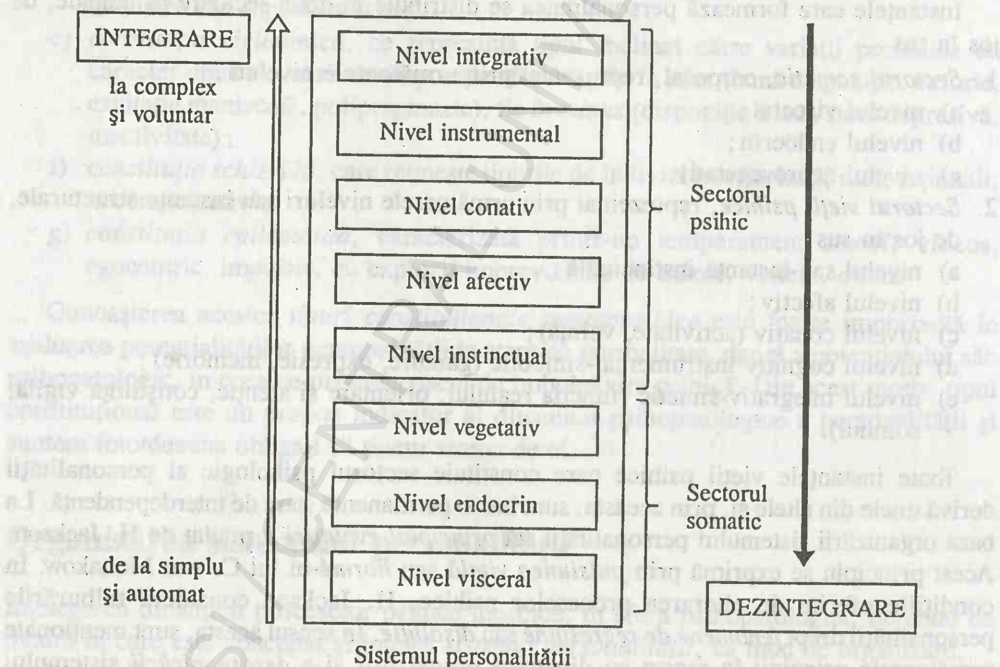
Toate instanţele vieţii psihice care constituie sectorul psihologic al personalităţii derivă unele din altele şi, prin aceasta, sunt într-o permanentă stare de interdependenţă. La baza organizării sistemului personalităţii stă *principiul evoluţiei* formulat de H. Jackson. Acest principiu se exprimă prin *pulsiunea vitală* sau *hormé*-ul lui C. von Monakow. În condiţiile oferite de alterarea proceselor psihice, H. Jackson consideră tulburările personalităţii drept *fenomene de regresiune* sau *disoluţie*. În sensul acesta, sunt menţionate următoarele principii în raport cu dinamica *organizării* şi a *dezorganizării* sistemului personalităţii, aşa cum se poate vedea mai jos.

1. *Evoluţia* este procesul ce are un sens ascendent, de la instanţele inferioare, simple, bine organizate şi automate, arhaice ca apariţie, la instanţele superioare, complexe, mai puţin stabile şi voluntare, apărute recent în cursul filogenezei. Acesta reprezintă *principiul integrării funcţionale*.
2. *Disoluţia* este procesul psihopatologic care, contrar evoluţiei, constă în dezorganizarea sau dezintegrarea funcţională a sistemului personalităţii. Ea poate fi generală, orientată de sus în jos, întotdeauna de la complex la simplu sau de la voluntar la

automat; sau poate fi locală, afectând numai un sector, o anumită instanţă ori un proces psihic al sistemului personalităţii.

3. În condiţiile oferite de factorii psihopatologici, funcţiile neuropsihologice sunt înlocuite cu *temele tulburărilor clinico-psihiatrice*, care pot avea o dublă semnificaţie psihopatologică:
   a) *pozitivă*, prin eliberarea instanţelor inferioare ale personalităţii de sub controlul instanţelor superioare;
   b) *negativă*, prin disoluţia instanţelor superioare ale sistemului personalităţii.

Rezultă de aici faptul că, prin procesul de evoluţie, instanţele inferioare ale organizării personalităţii sunt supuse unei acţiuni de control supresiv de către instanţele superioare, iar alterarea acestora din urmă va duce la „eliberarea" instanţelor inferioare sub acţiunea supresivă a acestora. Acest proces neuropsihopatologic deosebit de important este frecvent întâlnit în clinica neurologică, în cazul leziunilor cerebrale, şi este denumit de C. von Monakow fenomenul de *diaskisis*. Aceste aspecte sunt reprezentate sintetic în schema de mai jos:



H. Jackson afirmă că „bolile sistemului nervos trebuie considerate ca regresiuni sau disoluţii" ale organizării funcţionale a sistemului personalităţii. Pentru J. Delay, „orice boală este o revoluţie care decapitează ierarhia stabilită, substituindu-i forţe anarhice ce iau comanda, substituind vechea ordine unei noi ordini".

Organizarea personalităţii este rezultatul unei integrări ierarhice a nivelurilor sale structurale. Dezintegrarea se traduce prin disoluţia unei instanţe supraordonate şi eliberarea instanţelor subiacente, subordonate acesteia. În felul acesta, orice disoluţie are un

aspect *negativ* (prin dispariţia funcţiei dominante) şi un aspect *pozitiv* (prin trezirea funcţiei inhibate). Aceste aspecte au fost constatate de numeroşi autori (P. Janet, A. Moreau de Tours, E. Bleuler, H. Ey).

K. Jaspers propune pentru explicarea tulburărilor psihice noţiunea de *proces*. Procesul generator de tulburări psihice priveşte dezorganizarea sistemului personalităţii sau a *aparatului psihic*, fapt care reprezintă însuşi procesul de *disoluţie* enunţat de H. Jackson.

Pentru K. Jaspers, *procesul psihic* se opune *dezvoltării normale* a sistemului personalităţii, fiind într-o mare măsură apropiat de conceptul de *alopatie* al psihozei, enunţat de S. Freud. Semnificaţia dinamică, de factură psihopatologică, *a procesului* corespunde ideii de *dezorganizare a corpului psihic*, fiind prin aceasta opusă ideii de *psihogeneză a fenomenelor psihice*. Din aceste considerente, *tulburările psihice* se prezintă ca *fenomene procesuale*, fapt care le explică prin natura *organizării dinamice* a aparatului psihic, şi nu prin *psihogeneză* sau *sociogeneză*.

Atât procesul de organizare, cât şi cel de dezorganizare a aparatului psihic se efectuează în conformitate cu potenţialul energetic funciar al fiinţei umane, care este personalitatea, reprezentând *balanţa normal/patologic* sau raportul *sănătate mintală/ boală psihică*. În sensul acesta, pentru H. Ey, „boala reprezintă esenţialmente o disoluţie" înţeleasă ca un proces de dezorganizare şi de dezintegrare a aparatului psihic. *Normalul*, ca şi *anormalul* sunt „cuprinse" virtual, ca „potenţial energetic latent", în însăşi organizarea sistemului personalităţii, acesta „actualizându-se în act", ca sănătate sau boală, în raport cu circumstanţele vieţii individului.

Pentru H. Ey, conform *doctrinei organo-dinamiste* enunţate de el, *disoluţia ierarhiei funcţiilor* se traduce prin tulburări negative şi tulburări pozitive reacţionale. În sensul acesta, vom avea în faţă două aspecte :

a) disoluţii globale la nivelul funcţiilor de sinteză ale vieţii psihice (tulburările psihice) ;
b) disoluţii funcţionale la nivelul funcţiilor senzorial-motorii (tulburările neurologice).

În condiţii psihopatologice, asistăm la mai multe *modele de dezintegrare* a sistemului personalităţii, fiecare dintre acestea având o specificitate şi o dinamică proprii. Le vom descrie pe fiecare în continuare.

1. *Deficienţa*

Deficienţa este consecinţa unei tulburări a procesului de integrare apărută sau produsă în cursul perioadei de formare a sistemului personalităţii şi constă în oprirea din dezvoltare a instanţelor structurale ale personalităţii, la diferite niveluri de dezvoltare. Acest model este ilustrat de stările de arieraţie mintală sau oligofrenii şi nu poate fi recuperat, în ceea ce priveşte „restructurarea" sistemului personalităţii, ci poate fi numai compensat, între anumite limite, prin metode de psihopedagogie specială etc.

2. *Deteriorarea*

Deteriorarea este un proces psihopatologic de dezintegrare a sistemului personalităţii care se produce după completa formare-organizare a acesteia. Deteriorarea se desfăşoară de sus în jos, în sens invers, ca direcţie, procesului de integrare, şi are un caracter

progresiv şi ireversibil. Se produce de la nivelul instanţelor superioare voluntare şi organizate complex către instanţele inferioare care au un tip de organizare simplu şi un regim automat funcţional. Acest model psihopatologic este ilustrat de sindroamele demenţiale şi nu poate fi nici oprit şi nici recuperat.

3. *Regresiunea*

Regresiunea apare după completa formare a personalităţii şi constă în *întoarcerea* la etapele funcţional-comportamentale anterioare cronologic din psihobiografia bolnavului respectiv, fiind de fapt vorba de o *regresiune funcţională* fără a afecta integritatea organizării structurale a sistemului personalităţii. Ea are un caracter reversibil şi poate fi corectată. Acest model psihopatologic este ilustrat de sindroamele nevrotice, fobic-obsesive, anxioase, isterice, de dependenţă (toxicomanii, alcoolism) etc. Din punct de vedere psihanalitic, este considerată expresia unor mecanisme de apărare ale Eului, o formă de *retragere narcisică* a persoanei respective.

4. *Dizarmonia*

Dizarmonia este consecinţa unei dezvoltări defectuoase a sistemului personalităţii privind echilibrul funcţional dintre diferitele niveluri sau instanţe structural-dinamice ale sistemului personalităţii. Deşi, în acest caz, personalitatea este complet dezvoltată, ea are un caracter inegal, dizarmonic, iar raporturile dintre diferitele instanţe care o compun nu sunt precis determinate. Acest model psihopatologic reprezintă, de fapt, un *tip constituţional vicios* şi este ilustrat clinic prin sindroamele psihopatice.

5. *Imaturitatea*

Imaturitatea este un proces anormal legat de principiul *dezvoltării-maturizării* emoţional-afective a persoanei. Ea se caracterizează printr-o stare de imaturitate emoţional-afectivă – nevoia de protecţie, dependenţa de alte persoane, conduite afectiv-emoţionale neconforme cu vârsta cronologică. Imaturitatea e cauzată de unele carenţe afective, de factori psihotraumatizanţi sau frustrări infantile, de absenţa unor modele afective pozitive şi, în final, de nerezolvarea situaţiei oedipiene a persoanei respective. Poate fi reversibilă sau, mai exact, compensată prin psihoterapie analitică sau prin metode de psihopedagogie.

6. *Defectul*

Defectul este consecinţa acţiunii unui proces psihopatologic, de regulă a unui proces psihotic care acţionează distructiv asupra sistemului personalităţii. În urma evoluţiei unui proces psihotic, se va produce, după retragerea evoluţiei clinice a acestuia, o stare de *deteriorare parţială* sau *sectorială* a sistemului personalităţii, la un anumit nivel sau la o anumită instanţă structural-dinamică a acesteia, marcând, în felul acesta, ca o stare de handicap sau ca un *defect postprocesual* personalitatea respectivă. Acest model psihopatologic este întâlnit de regulă în cazurile bolnavilor psihotici cu o îndelungată evoluţie

clinică a bolii: vechii bolnavi schizofrenici, deliranţii cronic, în cursul psihozelor afective etc. Defectul postprocesual este o stare ireversibilă a personalităţii, care poate fi compensată, într-o anumită măsură, prin socioterapii sau psihoterapii ocupaţionale.

Aspectele prezentate mai sus constituie repere importante în înţelegerea dinamicii sistemului personalităţii umane în condiţiile oferite de psihopatologie. Se poate desprinde clar faptul că înţelegerea fenomenelor psihice morbide şi a dinamicii acestora în psihopatologie depinde de cunoaşterea organizării acesteia şi de înţelegerea dinamicii sale. Aceste aspecte esenţiale vor constitui importante *repere* ulterioare în înţelegerea fenomenelor psihice morbide din sfera psihopatologiei.

7. *Dependenţa*

Dependenţa este o stare particulară, caracterizată printr-o regresiune sau o imaturitate, de regulă emoţional-afectivă, a persoanei şi care duce la instalarea unui tip de comportament subordonat altei persoane. Fenomenul apare frecvent în cursul stărilor de boală, de convalescenţă sau de handicap, ca o consecinţă a slăbirii Eului sau ca expresie a mecanismelor de apărare ale Eului, legate de teama de boală sau de o stare de anxietate difuză şi permanentă. Dependenţa este o stare de handicap afectiv şi intelectual pasager, care se remite odată cu stingerea evoluţiei procesului morbid sau a compensării stării de handicap. Ea poate fi corectată prin măsuri de psihoterapie şi are de regulă un caracter reversibil.

Evoluţia cronologică a personalităţii şi psihopatologia vârstelor

Dinamica sistemului personalităţii este dată de etapele vieţii individului. Viaţa unei persoane nu este liniară şi continuă. Ea reprezintă o succesiune de *etape* cu caracteristici proprii care configurează *perioade de viaţă* bine determinate, separate între ele prin momente de *criză psihobiologică* (de dezvoltare şi de involuţie) (Ch. Bühler, C. Enăchescu). Având în vedere faptul că fiecărei *etape de viaţă* îi corespund caracteristici psihologice proprii, în sensul că fiecare vârstă are configuraţia sa proprie (model de comportament, de gândire, de activitate, de dispoziţie afectivă, aspiraţii etc.), este la fel de firesc să acceptăm faptul că fiecare vârstă are psihopatologia sa proprie.

Factorul „timp" priveşte, în mod egal, atât dezvoltarea, maturizarea şi involuţia personalităţii în plan psihologic, cât şi o anumită potenţialitate cronologică determinată în ceea ce priveşte apariţia şi dezvoltarea unor afecţiuni psihice, în raport cu vârstele individului. Aşa cum acceptăm că există un *potenţial psihobiologic formativ*, trebuie să admitem şi existenţa unui *potenţial patogenic distructiv* raportat la vârstele individului, din punct de vedere psihopatologic. Se poate vorbi deci despre o *vulnerabilitate psihopatologică* în raport cu vârstele sau cu etapele de viaţă ale unei persoane. Această constatare este deosebit de importantă, întrucât ne dovedeşte că fiecare vârstă are configuraţia sa proprie atât în ceea ce priveşte *normalitatea*, cât şi *anormalitatea* sau *sănătatea mintală* şi starea de *boală psihică*. Fiecărei vârste îi corespund anumite afecţiuni psihice, iar această *distribuţie* sau *vulnerabilitate* este direct legată de caracteristicile psihologice ale vârstei respective.

În această privinţă, trebuie să subliniem faptul că o vulnerabilitate crescută o reprezintă etapele de criză psihobiologică (pubertatea-adolescenţa şi menopauza-andropauza), când schimbările psihobiologice sunt deosebit de marcate şi extrem de zgomotoase, solicitând în mod particular dinamica vieţii individului.

Apariţia tulburărilor psihice nu este întâmplătoare. Ea se raportează la *factorii de dezvoltare/regresiune* ai personalităţii individuale. Fiecărei etape de viaţă îi sunt caracteristici *factori sanogenetici*, de protecţie a sănătăţii mintale, şi *factori morbigenetici*, de vulnerabilitate a sănătăţii mintale. Atât factorii sanogenetici, cât şi cei morbigenetici variază în decursul vieţii individului, fapt ce explică *vulnerabilitatea* diferenţiată în raport cu vârsta faţă de tulburările psihice. Acest aspect poate fi însă în mod egal constant şi în plan psihologic, întrucât individul nu este la fel pe tot parcursul vieţii sale. El se schimbă permanent, natural, în limitele tipului său psihobiologic, înregistrând variaţii care trebuie înţelese ca transformări în cadrul normalităţii.

Având în vedere cele sus-menţionate, în cele ce urmează vom încerca să prezentăm sintetic distribuţia afecţiunilor psihice, în raport cu etapele de viaţă ale individului, aşa cum sunt ele întâlnite în practica clinico-psihiatrică (C. Enăchescu). Este important de observat faptul că între *factorii psihologici* specifici fiecărei etape de viaţă a individului şi *factorii psihopatologici* se stabileşte o corespondenţă, ei influenţându-se reciproc. Aceasta se poate vedea în cele de mai jos, prin analiza *distribuţiei afecţiunilor psihice* în raport cu vârstele individului (C. Enăchescu).

a) Grupa de vârstă cuprinsă între 0 şi 15 ani prezintă următoarele caracteristici : interese psihobiologice legate de dezvoltarea generală a persoanei. Acestei perioade îi sunt specifice următoarele tipuri de tulburări : imaturitate sau întârziere în maturizarea afectivă şi intelectuală, stări complexuale, tulburări de comportament.
b) Grupa de vârstă cuprinsă între 16 şi 20 de ani prezintă următoarele caracteristici : interese psihobiologice în raport cu dezvoltarea personalităţii, rezolvarea situaţiei oedipiene, dobândirea identităţii, nevoia de libertate, de prestigiu, de afirmare de sine etc., specifice adolescenţei. Acestei perioade de vârstă, caracterizată prin criza de dezvoltare psihobiologică, îi sunt specifice următoarele tipuri de tulburări psihice : dificultăţi de adaptare şi comunicare, stări complexuale, tulburări de comportament, bufeuri delirante sau delirant-halucinatorii de tip discordant, tulburări instinctuale de factură deviantă, anorexia mintală la fete etc. Este o perioadă deosebit de sensibilă prin vulnerabilitatea ei extrem de mare.
c) Grupa de vârstă cuprinsă între 21 şi 30 de ani prezintă următoarele caracteristici : stabilizarea personalităţii şi a conduitelor, interese psihobiologice şi psihosociale legate de intrarea individului în viaţa socială, în activitatea profesională, întemeierea familiei proprii, desfăşurarea unei activităţi profesionale regulate. Acestei perioade îi sunt caracteristice următoarele tipuri de tulburări psihice : stări conflictuale, dificultăţi de adaptare competitivă, eşecuri cu efecte psihotraumatizante, nevroze, stări reactive, toxicomanii, conduite deviante, psihoze endogene.
d) Grupa de vârstă cuprinsă între 31 şi 40 de ani prezintă următoarele caracteristici : interese legate de viaţa socială, profesională şi familială. Acestei perioade de stabilitate în viaţa individului îi sunt caracteristice următoarele tipuri de tulburări psihice : psihopatiile, nevrozele şi stările reactive, alcoolismul, psihozele endogene.
e) Grupa de vârstă cuprinsă între 41 şi 50 de ani prezintă următoarele caracteristici : interese sociale, familiale şi profesionale. Ea corespunde instalării crizei de involuţie

psihobiologică şi, din cauza acesteia, prezintă o vulnerabilitate particulară, extrem de crescută, faţă de bolile psihice. Acestei perioade „critice" din viaţa individului îi sunt caracteristice următoarele afecţiuni: stări reactive şi nevroze, afecţiuni psihosomatice, tulburări psihotice endogene, în special din seria tulburărilor afective, demenţele presenile de tip Alzheimer şi Pick.

f) Grupa de vârstă cuprinsă între 51 şi 60 de ani prezintă următoarele caracteristici: interese psihobiologice şi psihosociale legate în continuare de criza de involuţie (menopauza şi andropauza), la care se adaugă retragerea din activitatea profesională şi din viaţa socială, diferenţele dintre persoanele respective şi generaţiile tinere. Acestei perioade îi sunt specifice următoarele tipuri de tulburări psihice: nevroze, depresii de involuţie, stări fobic-anxioase.

g) Grupa de vârstă cuprinsă între 61 şi 70 de ani se caracterizează prin interese psihobiologice legate de involuţie, trecerea de la activitatea profesională la alte tipuri de activităţi private, îngustarea câmpului de relaţii, de preocupări, izolare. Acestei etape de viaţă îi sunt specifice următoarele tipuri de afecţiuni psihice: nevrozele şi depresia de involuţie, stările fobic-anxioase, tulburări psihice de involuţie sau cauzate de arteroscleroza cerebrală etc.

h) Grupa de vârstă de peste 70 de ani se caracterizează prin următoarele: interese psihologice şi biologice circumscrise propriei persoane. Tipurile de afecţiuni psihiatrice specifice acestei perioade de viaţă sunt tulburările psihice de involuţie (arterocleroză cerebrală, psihoze de involuţie, demenţe senile). Izolarea individului duce la pierderea contactelor şi restrângerea considerabilă a comunicării, sentimentul inutilităţii, pierderea sensului vieţii, perspectiva apropiată a morţii.

Din cele expuse mai sus se poate vedea că fiecărei etape de viaţă îi corespund un anumit profil psihologic, dar, în egală măsură, şi o anumită configuraţie psihopatologică. Starea de sănătate mintală, ca şi patologia psihiatrică suferă schimbări cronologice extrem de nuanţate. Aceste aspecte discutate mai sus demonstrează încă o dată faptul că persoana umană, ca şi viaţa acesteia nu sunt unitare, ci se compun din etape cronologice, dinamo-structurale, de o mare varietate şi plasticitate, pe care le regăsim în egală măsură atât în planul stării de sănătate mintală, cât şi în cel al stării de boală psihică. Este un domeniu în care psihologia şi psihopatologia se regăsesc într-un raport de complementaritate, fapt ce ne obligă să reflectăm din nou la raportul dintre normal şi patologic.

13. Psihopatologia proceselor psihice I

Simptomatologia psihiatrică

Boala psihică reprezintă o *ruptură* a stării de normalitate mintală, o schimbare a personalităţii, manifestată în multiple forme şi pe planuri diferite ; totalitatea schimbărilor psihopatologice care se produc în sfera vieţii psihice a persoanei bolnavului sunt manifestări clinico-psihiatrice care exprimă schimbarea respectivă. Aceste schimbări, considerate *tulburări ale proceselor psihice*, reprezintă *simptomele* sau *semnele bolii*. Cunoaşterea simptomatologiei bolilor psihice este absolut necesară pentru înţelegerea naturii acestora.

Y. Pelicier afirmă că „simptomul este un semn interpretat de observator". Prin aceasta se subliniază caracterul simptomului cu valoare de „relaţie între două ordine de fenomene": bolnavul, pe de o parte, medicul sau psihologul, pe de altă parte.

Pentru A. Tatossian, „simptomul psihiatric dobândeşte valoare proprie numai în raportul său cu contextul psihologic de care se detaşează". Prin aceasta, este menţionată de fapt relaţia dintre *simptom* şi *tulburarea* procesului psihic.

Simptomatologia reprezintă baza clinicii medicale. Clinica medicală se caracterizează prin următoarele aspecte (L.F. Gayral) :

- luarea la cunoştinţă despre persoana bolnavului, prin ceea ce reprezintă aceasta în mod ireductibil ;
- o formă particulară a relaţiei *observator/observat*, aşa cum rezultă aceasta din experienţa directă, de la persoană la persoană ;
- prin investirea operaţiilor de observaţie în semn sau simptom, în asemenea măsură încât se poate afirma faptul că „simptomul face trimitere la bolnav, pe când semnul, la cunoaşterea medicală".

În clinică, simptomele sunt de trei categorii :

a) *simptome fizice*, obiective sau materiale, în general măsurabile şi mai mult sau mai puţin descriptibile temporal-spaţial şi morfologic, adesea bine localizate şi net delimitate din punct de vedere topografic ;
b) *simptome funcţionale* sau subiective, exprimate numai verbal sau prin comportament de către bolnavi, lipsite de un substrat organic ;
c) *simptome generale*, mai mult sau mai puţin măsurabile, difuze, inconstante şi incerte, greşit sau deloc localizate.

Din punct de vedere clinic, simptomele mai au şi următoarele caracteristici :

- se constată printr-o aprehensiune imediată ;
- se evidenţiază prin referirea lor la normal sau la starea obişnuită de sănătate a individului ;

- sunt expresia unor schimbări de ordin spaţial, temporal, calitativ sau succesiv, fiind corelate cu *schema corporală* şi ca idee de evoluţie raportată la *imaginea de sine*;
- coexistenţa unor tulburări secundare asociate, fapt ce ridică problema corelaţiei între simptome, în cadrul tulburărilor clinice.

Simptomatologia bolii psihice poate avea multiple aspecte, spre deosebire de simptomatologia clinică din sfera medicinei somatice. În sensul acesta, notăm următoarele aspecte de tip diferenţiat în ceea ce priveşte *simptomatologia în sfera vieţii psihice*:

- simptomatologia în psihiatrie;
- simptomatologia în psihofarmacologie;
- simptomatologia în psihiatria copilului şi adolescentului;
- simptomatologia în gerontopsihiatrie;
- simptomatologia în psihiatria socială;
- simptomatologia în psihiatria transculturală;
- simptomatologia în medicina psihosomatică;
- simptomatologia în psihanaliză;
- simptomatologia în psihoterapie.

În cele ce urmează, ne vom concentra asupra *simptomului* în sfera clinicii psihiatrice, întrucât acesta interesează în mod direct sfera psihopatologiei. Facem această afirmaţie întrucât *simptomul psihiatric* este expresia tulburării psihopatologice a proceselor psihice, la care ne vom referi mai departe în studiul nostru.

Simptomatologia clinică în psihiatrie este caracterizată prin patru trăsături particulare:

a) importanţa simptomelor funcţionale în comparaţie cu simptomele fizice. Aceste simptome de natură funcţională se exprimă în relaţia verbală cu bolnavul şi prin observaţia aspectului şi a comportamentului acestuia;
b) importanţa referinţei la starea de normalitate, subliniată de G. Lanteri-Laura, care susţine că „obiectele aceleiaşi descoperiri semiologice nu sunt niciodată indicii în sine, ci se înfăţişează ca diferenţe între ceea ce se observă la subiectul normal şi ceea ce se observă la bolnav";
c) specificitatea, în psihiatrie, a „simptomului fără semn", înţeles în sensul de „lucru lipsit de conţinut, dar care există prin atribuirea unui comportament la care se face referinţă". Se poate spune chiar, într-o anumită privinţă, că „psihiatria este o semiologie fără semne" (G. Lanteri-Laura);
d) în psihiatria clinică, simptomul este mai fluctuant şi mai schimbător în comparaţie cu alte domenii ale clinicii medicale generale. Simptomul psihiatric, spre deosebire de simptomul somatic, nu face trimitere la „organ", ca în medicina internă sau în chirurgie, ci depinde mai mult de „ritmurile omului" (L. Daudet). Simptomul nu este tributar relaţiei anatomoclinice, ci se integrează în temporalitatea diadei *observator/observat*, precum şi în dinamica procesului patologic.

Importanţa cunoaşterii semnificaţiei *simptomului* în sfera psihopatologiei este absolut esenţială pentru cunoaşterea şi înţelegerea naturii tulburărilor psihice, considerate ca *fenomene psihice morbide.* Aceasta dovedeşte încă o dată relaţia strânsă dintre psihopatologie şi clinica psihiatrică, din care aceasta îşi ia *materialul de studiu*, precum şi relaţia directă cu psihologia, de la care îşi ia modelul de gândire şi metodele de studiu.

Tulburările de percepţie. Cadru general

Percepţia este operaţia psihologică prin care noi cunoaştem prezenţa actuală a unui obiect exterior prin intermediul modificărilor pe care acest obiect le imprimă organelor noastre senzoriale (A. Porot).

Percepţia este o sinteză psihologică extrem de complexă care necesită cooperarea diverselor date senzoriale. Excitaţia senzorială declanşează o serie de reacţii reflexe, cu caracter inconştient, provocând senzaţii particulare din care se va constitui „întregul perceptiv". Ea presupune şi o participare mnezică, ideativă şi afectivă. Percepţia oferă aspecte psihopatologice extrem de complexe şi interesante, care sunt frecvent întâlnite în cursul tulburărilor psihice.

Tulburările de percepţie se pot prezenta sub următoarele aspecte:

a) creşterea intensităţii perceptive de tipul *hiperesteziei*;
b) scăderea intensităţii percepţiei (*hipostezie*) sau pierderea sa totală (*anestezia*);
c) prezenţa unor false percepţii sau a *iluziilor*;
d) percepţii fără obiect sau *halucinaţii*.

Descrierea tulburărilor de percepţie

1. *Hipersteziile*

Hipersteziile reprezintă creşterea în intensitate a percepţiilor caracterizată prin faptul că bolnavul percepe excitaţiile externe mult mai viu, mai intens decât în mod obişnuit. Stările de hiperstezie pot apărea în următoarele situaţii:

a) stări de oboseală prelungită sau surmenaj;
b) în stadiile de debut ale unor boli psihice;
c) în perioada de instalare a unui sindrom confuzional;
d) în stadiile prodromale ale unor boli infecţioase;
e) în cursul perioadelor de convalescenţă după bolile infecţioase.

Tot în sfera hipersteziilor se mai situează şi *imaginile eidetice*, care sunt reprezentări foarte clare, aproape cu caracter perceptiv net, ale unor fenomene anterior percepute.

2. *Hiposteziile*

Hiposteziile constau în scăderea pragului sensibilităţii la acţiunea stimulilor externi. În aceste cazuri, totul apare neclar, ca prin ceaţă, zgomotele sunt înăbuşite, surde, îndepărtate. Hiposteziile sunt semnalate în următoarele circumstanţe patologice:

a) stările stuporoase;
b) în cursul schizofreniei;
c) în sindromul de depersonalizare şi derealizare din cursul afecţiunilor organice cerebrale.

3. *Iluziile*

Iluziile sunt false percepţii la baza cărora se află un stimul senzorial real, dar care nu e perceput aşa cum este el de fapt în realitate, ci în mod deformat. Iluziile sunt cauzate de unele tulburări de percepţie asociate unor stări afective speciale (frica din timpul nopţii, iluziile optico-geometrice, iluziile de greutate etc.).

La bolnavii psihic, convingerea că iluziile au un caracter autentic, şi nu „o percepere deformată a realităţii" le conferă o latură patologică specială, de factură delirantă. După modalitatea lor perceptivă, iluziile pot fi de mai multe feluri, şi anume :

a) *Iluziile vizuale*, când forma şi imaginea vizuală a obiectului apar complet schimbate. Ele se întâlnesc în următoarele situaţii patologice : stări confuzionale toxice, delirium tremens alcoolic, confuzia mintală infecţioasă, în cursul stărilor anxioase, înainte de a adormi.
În această categorie a iluziilor vizuale intră şi *falsele recunoaşteri*, când bolnavul identifică anumite persoane cu altele, ca în cursul stărilor confuzionale, în sindromul Korsakow, în demenţa senilă. O formă particulară o reprezintă *iluziile sosiilor*, descrise de Capgras, care constau în atribuirea de către bolnav a aceleiaşi identităţi mai multor persoane care nu seamănă fizic între ele sau care se aseamănă foarte puţin. Acest tip de iluzii este întâlnit în schizofrenia paranoidă, delirurile sistematizate halucinatorii, sindroamele maniacale, sindroamele depresive.

b) *Iluziile auditive* constau în a identifica diferite zgomote cu sunete de altă natură. Ele apar în cursul parafreniei, în schizofrenia paranoidă şi în melancolie. Iluziile auditive trebuie deosebite de *interpretările delirante* şi de *halucinaţiile funcţionale*, în care stimulii reali sunt cei care determină apariţia acestor halucinaţii.

c) *Iluziile gustative* şi *olfactive* sunt mult mai rare ca frecvenţă şi se diferenţiază deosebit de greu de halucinaţiile sau interpretările delirante. Ele apar în cazuri de epilepsie temporală, leziuni ale hipocampului, tumori ale lobului temporal.

d) *Iluziile tactile* sau *cenestezice* privesc simţul extern şi pe cel intern, visceral, fiind iluzii raportate la propriul corp. Ele se întâlnesc în cursul evoluţiei parafreniilor, a schizofreniei paranoide, precum şi în delirurile ipohondriace.

e) *Iluziile de transformare a schemei corporale* sau a „imaginii de sine" sunt percepţii anormale ale imaginii propriului corp, totale sau parţiale. Ele au o extrem de mare varietate şi nuanţare. Acest tip de iluzii este întâlnit în următoarele situaţii patologice :
   - leziuni medulare (tabesul dorsal) ;
   - leziuni cortico-cerebrale, în special cele localizate în zonele parietală, temporală sau occipitală, aşa cum sunt ele întâlnite în cursul sindromului Gerstmann şi al sindromului Anton-Babinski ;
   - membrul-fantomă al amputaţilor ;
   - prosopagnozia ;
   - psihozele toxice, traumatice, infecţioase sau carenţiale (pelagra) ;
   - aura epileptică.

f) *Iluziile spaţiale* apar în legătura cu perceperea deformată a spaţiului şi pot fi de două feluri :
   - micropsii, constând în reducerea dimensiunilor spaţiului sau ale obiectelor ;

– macropsii, constând în creşterea dimensională a spaţiului sau a obiectelor cuprinse în acesta.

Iluziile spaţiale sunt întâlnite de regulă în cursul evoluţiei proceselor encefalitice sau a tumorilor cerebrale cu localizare temporală.

4. *Halucinaţiile*

B. Ball defineşte halucinaţiile ca fiind „percepţii fără obiect". Spre deosebire de iluzii, care sunt percepţii deformate ale unor obiecte existente în realitate, în cursul halucinaţiilor, obiectul perceput lipseşte din câmpul realităţii perceptive, dar bolnavii sunt convinşi de existenţa şi veridicitatea acestuia.

Halucinaţia este o experienţă psihopatologică interioară care face ca individul să se comporte ca şi cum ar avea o senzaţie sau o percepţie reală, deşi condiţiile exterioare pentru realizarea acesteia lipsesc (A. Porot).

Ca şi iluziile, halucinaţiile pot lua forme extrem de variate de manifestare psihopatologică ; în sensul acesta, menţionăm următoarele tipuri de halucinaţii clasificate după natura lor :

a) *halucinaţiile propriu-zise* sau adevărate, care întrunesc toate criteriile acestui tip de tulburare perceptivă : absenţa obiectului şi convingerea bolnavului de realitatea acestuia ;
b) *halucinozele*, acele tulburări de percepţie în cursul cărora, deşi apar „obiecte ireale", bolnavii recunosc că formele percepute nu corespund realităţii ;
c) *halucinaţiile psihice* sau *pseudohalucinaţiile*, cele percepute pe căile senzoriale obişnuite şi pe care bolnavul le situează în „creierul" său sau în „interiorul său" fără a le recunoaşte o proiecţie spaţială externă. Ele pot fi produsul unei activităţi imaginative marcate, hiperproductive şi se pot manifesta sub următoarele forme :
   – sonorizarea propriei gândiri ;
   – fenomenele xenopatice descrise de G. de Clérambault ;
   – ecoul gândirii sau al lecturii ;
   – impresia de „furt al gândirii".

   Halucinaţiile psihice pot apărea în cursul schizofreniei, al parafreniilor, în cazul meningitelor sau al encefalitelor la copii.
d) *halucinoidele*, fenomene intermediare între reprezentări şi halucinaţii, care apar fie în perioada de dezvoltare a halucinaţiilor, fie în perioada de dispariţie a acestora.

Indiferent de natura acestora, halucinaţiile se caracterizează prin următoarele aspecte psihopatologice generale :

– au o modalitate de reprezentare sau repartizare spaţială (exteroceptive, interoceptive sau proprioceptive) ;
– au o proiecţie spaţială ;
– se caracterizează prin intensitate, claritate, culoare ;
– au un caracter complex ;
– au o mare rezonanţă afectivă ;
– se pot asocia cu tulburări de gândire de tip delirant.

După modalitatea lor senzorială, halucinaţiile se împart în următoarele tipuri psihopatologice :

1. *Halucinaţiile auditive*, raportate la analizatorul auditiv, care pot îmbrăca următoarele aspecte :
   a) halucinaţii auditive elementare : acoasme, zgomote ;
   b) halucinaţii auditive comune, de tipul unor sunete precise ;
   c) halucinaţii auditive verbale reprezentate prin cuvinte, fraze sau dialoguri ;
   d) după conţinut, halucinaţiile auditive pot fi : favorabile, nefavorabile, imperative, episodice, continue.

Halucinaţiile auditive apar cel mai frecvent în aura epileptică, în cursul delirurilor toxice sau infecţioase, în melancolie, parafrenie sau la surzi.

2. *Halucinaţiile vizuale* sunt legate de percepţia patologică vizuală a unor obiecte absente din realitatea externă. Acestea pot fi de următoarele feluri :
   a) halucinaţii vizuale elementare, de tipul fotoamelor ;
   b) halucinaţii vizuale complexe sau figurate ;
   c) halucinaţii vizuale în mişcare sau cinetice ;
   d) după mărimea lor, halucinaţiile vizuale pot fi, aşa cum am menţionat deja, micropsice sau macropsice ;
   e) după tonalitatea afectivă, pot fi plăcute, neplăcute sau terifiante ;
   f) halucinaţiile vizuale pot apărea la adormire (hipnagogice) sau la trezirea din somn (hipnapompice).

Halucinaţiile vizuale pot fi întâlnite în următoarele situaţii patologice : migrenă oftalmică, leziuni occipitale, temporale sau pedunculare, sindroame confuzionale, delir alcoolic, intoxicaţii cu plumb, atropină, mescalină, în cursul evoluţiei clinice a schizofreniei, în delirul mistic şi în PGP.

3. *Halucinaţiile gustative şi olfactive* sunt mai rare ca frecvenţă şi se asociază, de regulă, cu stările delirante, fiind deosebit de greu de diferenţiat de acestea. Ele pot avea un caracter agreabil sau dezagreabil. Sunt întâlnite în leziunile temporale sau bipocampice, în cazurile de schizofrenie, la epileptici, alcoolici sau în intoxicaţiile cu cocaină.
4. *Halucinaţiile tactile* sau *haptice* interesează analizatorul tactil-cutanat şi sunt mai rare. Pot apărea în stările toxice, în cursul intoxicaţiilor cronice cu alcool sau cocaină şi la bolnavii schizofrenici.
5. *Halucinaţiile interoceptive şi proprioceptive* interesează sfera viscerală sau genitală. Au un caracter imprecis, fiind resimţite ca nişte stări cenestezice difuze, uneori ca un delir de posesiune sau sunt semnalate în cursul sindromului Cottard.
6. *Halucinaţiile polisenzoriale* nu sunt modalităţi rare şi se caracterizează din punct de vedere psihopatologic prin asocierea mai multor modalităţi de halucinaţii prezente simultan la acelaşi bolnav psihic.

Asupra mecanismelor producerii halucinaţiilor există numeroase teorii, iar specialiştii nu au ajuns încă la un consens în această privinţă (G. de Clérambault, P. Quercy, H. Ey etc.). În general, sunt incriminaţi în geneza proceselor psihopatologice halucinatorii următorii factori :

– o anumită stare de tip hipnoid a conştiinţei ;
– o scădere a tensiunii psihice a bolnavului ;
– rolul imaginilor în geneza halucinaţiilor ;
– mecanisme neurobiochimice cerebrale legate de metabolismul neuronal al catecolaminelor ;

- rolul acţiunii unor droguri psihotrope cu efect halucinogen de tipul LSD, mescalină, psycocibină, atropină, scopolamină, cocaină, alcool etc. ;
- deprivarea senzorială poate declanşa apariţia de halucinaţii ;
- izolarea, recluziunea sau singurătatea.

Din cele de mai sus se poate desprinde faptul că tulburările de percepţie ocupă un loc important în sfera psihopatologiei, ele reunind un mare număr de tulburări psihice, extrem de complexe şi polimorfe, prezente în multe afecţiuni psihice.

Tulburările de vigilenţă şi somn

În cadrul acestei grupe de tulburări ale proceselor psihice sunt cuprinse următoarele aspecte : tulburările de atenţie, tulburările de orientare, tulburările de conştiinţă vigilă, tulburările de somn şi vis. Le vom prezenta pe rând în continuare.

Tulburările de atenţie

Atenţia este procesul psihic prin care activitatea unei persoane este orientată, spontan sau voluntar, asupra unui obiect sau fenomen din lumea exterioară sau asupra propriilor idei, reprezentări sau activităţi. Din aceste considerente, atenţia are un rol deosebit de important în procesul de orientare şi adaptare în realitate, ca o participare activă a individului la mediul său de viaţă.

Atenţia poate fi voluntară, involuntară sau spontană şi postvoluntară. Pentru ca ea să se poată produce, este necesar ca persoana să vină în contact cu anumiţi stimuli din exteriorul sau din interiorul său, care să-i trezească interesul. Din aceste motive, calitatea atenţiei unei persoane este dată de următorii *factori* : intensitatea stimulului, caracterul de noutate al acestuia, interesul pe care stimulul îl trezeşte pentru individ, o anumită stare afectivă pe care o declanşează, starea fiziologică a persoanei din acel moment.

Ca proces psihic, atenţia are următoarele calităţi :

a) *concentrarea*, constând în delimitarea unei sfere precise de obiecte asupra cărora este orientată atenţia ;
b) *volumul* sau capacitatea de cuprindere simultană a unui număr mai mic sau mai mare de obiecte ;
c) *intensitatea*, respectiv gradul de concentrare asupra unor anumite obiecte şi delimitarea acestora de restul celorlalte ;
d) *distribuţia* sau capacitatea atenţiei de a cuprinde simultan două sau mai multe obiecte sau acţiuni diferite ;
e) *stabilitatea* sau posibilitatea de a menţine mai mult timp atenţia asupra aceleiaşi activităţi, chiar dacă obiectele sau acţiunile acestora se modifică ;
f) *deplasarea*, însuşirea atenţiei de a trece de la un tip de activitate la altul ;
g) *distragerea*, care constă în scăderea atenţiei, care poate merge până la totala ei dispariţie.

Din punct de vedere psihopatologic, *tulburările de atenţie* pot fi *globale*, privind atât atenţia voluntară, cât şi pe cea involuntară ; de asemenea, ele pot fi *diferenţiate*, privind una dintre multiplele calităţi ale procesului de atenţie.

În psihopatologie, atenţia poate fi *exagerată* sau *diminuată*, mergând până la completa ei suprimare (*aprosexie*). O *scădere globală* a atenţiei apare în confuzia mintală în

legătură cu tulburările stării de conştiinţă. Acest aspect mai poate fi întâlnit şi în stadiile de debut ale PGP, în oligofrenii, stările demenţiale, melancolie şi schizofrenie. O *exagerare a atenţiei* este semnalată în cursul crizelor de excitaţie maniacală, delirurile sistematizate, stările ipohondriace, ideile obsesive.

Tulburările de orientare

Orientarea este capacitatea unei persoane de a se adapta sau integra în toate situaţiile vieţii, generale sau particulare, în raport cu timpul, spaţiul şi propria persoană. Orientarea este o aptitudine psihică legată de gândire, memorie, învăţare şi de starea de conştiinţă.

Rezultă din afirmaţia de mai sus că tulburările de orientare, aşa cum sunt ele întâlnite în sfera psihopatologiei, sunt în raport direct cu formele orientării, şi anume tulburări de dezorientare spaţială, tulburări de dezorientare temporală şi tulburări de dezorientare raportate la propria persoană.

Tulburările de orientare sunt deosebit de frecvente în următoarele situaţii patologice: oligofrenie, în cursul evoluţiei clinice a demenţelor presenile şi senile, în psihosindroamele organice cerebrale, în cursul tulburărilor stării de conştiinţă vigilă (stări crepusculare, delir, epilepsie), în cursul tulburărilor de memorie.

Tulburările de conştiinţă

În psihologie, *conştiinţa* se defineşte ca fiind starea dintr-un moment dat a sumei de informaţii pe care le cuprinde psihicul, în conformitate cu care spiritul le ordonează sau se lasă ordonat de acesta (J. Sutter).

După J. Delay, conştiinţa reprezintă „funcţia vigilă" şi comportă diferite grade ierarhice, după cum urmează:

a) inconştientul, realizat în cursul somnului;
b) subconştientul, domeniu al actelor şi comportamentelor automate;
c) conştiinţa clară sub forma sa imediată şi spontană, caracterizată prin starea de reverie;
d) conştiinţa clară şi mediată sau reflectată, care presupune un efort, un grad superior de tensiune psihologică. Ea este actul de „luare la cunoştinţă" care realizează sinteza mintală sub forma sa cea mai perfectă.

H. Ey va defini conştiinţa ca reprezentând „experienţa sensibilă imediată a prezentului reflectat".

Alături de *conştiinţă*, unii autori utilizează şi termenul *conştienţă*, ce reprezintă totalitatea conţinuturilor sufleteşti care, la un moment dat, în sfera psihică a unui individ, sunt dotate cu claritate faţă de altele.

Conceptului de *conştiinţă/conştienţă* va trebui să i se adauge, în mod complementar, cel de *inconştient*, cuprinzând toate conţinuturile posibile ale conştiinţei care, la un moment dat, nu au un caracter conştient pentru individ. Acesta reprezintă de fapt regiunea inconştientului sau „psihologia profundă", abisală a persoanei umane.

E. Kretschmer vorbeşte, la rândul său, de „sferă", care este un domeniu conştient, foarte întunecat şi foarte slab, aflat la periferia câmpului conştiinţei, dar care se răsfrânge

clar în viaţa conştientă. K. Schneider vorbeşte despre „planul profund" şi de „culise" sau „planul din spate", tot în raport cu zonele diferenţiate ale stării de conştiinţă.

În psihopatologie, *tulburările de conştiinţă* sunt reprezentate printr-o paletă extrem de complexă şi variată de manifestări morbide. Le vom prezenta sintetic în continuare:

1. *Îngustarea stării de conştiinţă* este o tulburare pasageră, de diferite grade ca intensitate, a câmpului conştiinţei clare, aşa cum este ea întâlnită în cursul stărilor afective puternice.
2. *Somnolenţa* este o stare de dormitare continuă, dar din care bolnavul, cu care se poate comunica, poate fi trezit uşor.
3. *Soporul* este o stare de somnolenţă din care însă bolnavul nu poate fi trezit decât prin aplicarea unor stimuli deosebit de energici.
4. *Torpoarea* este asemănătoare unei stări de somnolenţă, dar are o intensitate mult mai profundă decât aceasta.
5. *Obnubilarea* sau „înceţoşarea" stării de conştiinţă este acea tulburare în cursul căreia percepţiile devin mult mai vagi, atenţia nu se mai poate fixa, apare dezorientarea temporal-spaţială. Ea este întâlnită în cursul stărilor infectocontagioase şi toxice, în meningoencefalite, insuficienţă circulatorie cerebrală, insolaţii, tumori sau traumatisme cerebrale şi face parte din tabloul clinic al sindromului confuzional.
6. *Stările amentive* reprezintă tulburări grave ale stării de conştiinţă, cu dezorientare temporal-spaţială şi asupra propriei persoane, agitaţie extremă şi dezordonată. Ele apar în cursul toxiinfecţiilor grave, azotemie etc.
7. *Stările crepusculare* sau secunde au un caracter paroxistic şi debutează brusc. În cursul acestora, bolnavul execută acţiuni coordonate, complexe, urmate, la revenirea stării de conştiinţă, de o amnezie completă. Ele se termină la fel de brusc cum au apărut, reprezentând tulburări psihice din seria echivalenţelor epileptice. Sunt frecvente şi aproape specifice în cazul epilepsiei temporale şi al intoxicaţiilor.
8. *Mutismul achinetic*, descris de H. Cairns, apare în leziunile rostrale ale trunchiului cerebral. Din punct de vedere psihopatologic, acesta constă într-o tulburare de conştiinţă însoţită de imobilitate, alalie, bolnavii răspund motor la excitaţiile mecanice, întorc privirea în direcţia stimulilor, înghit alimentele, dar nu vorbesc.
9. *Stările de vis* (*dreamy states*) sunt tulburări specifice de conştiinţă, cunoscute şi sub denumirea de „crize uncinate" (descrise de H. Jackson) datorită asocierii acestora cu leziuni ale uncusului hipocampic. Ele apar brusc, sunt asociate cu halucinaţii olfactive şi gustative şi sunt urmate de o stare particulară de conştiinţă de tipul „déjà-vu" sau „déjà-connu". Apar în epilepsia temporală, infecţii, intoxicaţii, procesele encefalitice.
10. *Stupoarea confuzională* este o scădere accentuată a stării de conştiinţă în cursul căreia reacţiile bolnavului sunt deficitare, activitatea motorie şi psihică fiind suspendată.
11. *Derealizarea* este tulburarea de conştiinţă în cursul căreia bolnavul are impresia că totul este schimbat în jurul său, diferit de cum era înainte şi înstrăinat. Acest tip de tulburare apare în cursul schizofreniei, melancoliei, în psihastenie şi se poate asocia uneori cu depersonalizarea.
12. *Stările comatoase* sunt tulburări cantitative şi calitative ale stării de conştiinţă de diferite grade de intensitate sau profunzime, precum şi de durată. Ele sunt cauzate fie de stări toxiinfecţioase sau postepileptice, fie, în cazurile grave, de leziuni ale trunchiului cerebral, situate la diferite niveluri ale acestuia.

Tulburările de somn

Somnul natural este un mod periodic de restaurare a vieţii psihice consecutiv ritmului vigil al individului din cursul zilei. El este necesar şi indispensabil, fiind complementar ca funcţie stării de vigilenţă pentru păstrarea echilibrului psihic şi a stării de sănătate mintală a individului.

În psihopatologia generală a somnului se descriu două tipuri de tulburări : tulburări tranzitorii, ce reprezintă o „parte normală" a vieţii cotidiene, şi tulburări cronice, cu o durată de peste o lună de zile şi care sunt considerate patologice. În ceea ce priveşte formele tulburărilor de somn, în psihopatologie se descriu două mari tipuri : *dissomniile*, în care tulburarea constă în cantitatea, calitatea sau orarul somnului, şi *parasomniile*, în care tulburarea constă într-un eveniment anormal care poate surveni în cursul somnului.

1. *Dissomniile*. În această grupă de tulburări de somn intră următoarele :
   a) *insomniile*, caracterizate prin faptul că somnul este deficitar în raport cu cantitatea sau calitatea necesară pentru o funcţionare normală a individului în timpul zilei ;
   b) *hipersomniile*, acele situaţii în cursul cărora persoana simte o necesitate excesivă de somn atunci când se află în stare vigilă, deşi, în mod obişnuit, ea are un somn de durată normală ;
   c) *tulburările ritmului somn-veghe*, ce constau într-un dezechilibru între modelul de somn-veghe al persoanei şi modelul care este considerat normal pentru mediul său.
2. *Parasomniile* sunt acea grupă de tulburări care se datorează unui eveniment anormal care poate surveni în timpul somnului sau la limita dintre somn şi starea de veghe. În cadrul parasomniilor, notăm existenţa următoarelor aspecte psihopatologice :
   a) *apneea de somn*, caracterizată prin oprirea respiraţiei şi trezirea bolnavului ;
   b) *anxietatea de vis* sau coşmarul, care este deşteptarea repetată din somn cu amintirea detaliată a viselor terifiante din cursul somnului ;
   c) *enurezisul funcţional*, ce constă în pierderea de urină în somn ;
   d) *teroarea de somn*, episoade repetate de deşteptare bruscă din somn, începând de regulă printr-un strigăt de panică al bolnavului ;
   e) *somnambulismul*, episoade repetate ale unei secvenţe de comportamente : sculatul din pat şi mersul împrejur fără ca persoana să fie conştientă de aceasta, apoi adormire şi amnezie completă.

Tulburările de vis

Visul este un fenomen psihologic care se petrece în timpul somnului unei persoane şi este constituit dintr-o suită de imagini, disparate sau succesive, care constituie, de obicei, un scenariu dramatic pentru individul respectiv. Din punct de vedere psihologic, visul este o retrăire simbolică, sublimată a experienţei anterioare de viaţă a individului, în cursul căreia revin „problemele" sale psihologice (frustrări, conflicte, traume, complexe, dorinţe refulate, aspiraţii etc.) într-o manieră alegorică, simbolică.

Psihanaliza a adus o importantă contribuţie în explicarea viselor, la care distinge două aspecte :

a) conţinutul manifest reprezentat prin imaginile şi scenele onirice ;

b) conţinutul latent, reprezentat prin semnificaţia simbolică a conţinutului manifest, în relaţie directă cu experienţele de viaţă personală anterioare ale individului.

Orice vis este rezultatul unui „travaliu oniric", un proces psihologic de elaborare complex, în care sunt puse în acţiune mecanisme psihologice concurând la formarea visului, acestea fiind următoarele:

- condensarea-aglutinarea imaginilor diferite, disparate, într-una nouă, cu semnificaţie pentru individ;
- deplasarea sensului imaginii originare către o alta nouă, diferită de prima;
- dramatizarea sau figurarea unei idei abstracte printr-o imagine concretă;
- simbolizarea sau figurarea unui obiect printr-un simbol care să-l înlocuiască;
- stilizarea, păstrarea caracterelor esenţiale, definitorii ale imaginilor în ceea ce au acestea esenţial.

În psihopatologie, dar mai ales în psihanaliză, visele au o valoare excepţională, constituind un „material psihologic" din care, prin interpretare, se pot extrage situaţiile conflictuale, frustrările, complexele, psihotraumatismele refulate ale persoanei respective. Adesea, visele au semnificaţia unor veritabile „simptome" clinice, mai ales în cazul nevrozelor. În mod egal însă, visele, dincolo de conţinutul lor „psihotraumatizant", pot avea şi o „funcţie compensatorie", visul sau scenele onirice contribuind la „compensarea" stărilor conflictuale anterioare, a frustrărilor şi tulburărilor nevrotice ale bolnavilor respectivi.

14. Psihopatologia proceselor psihice II

Tulburările vieţii instinctuale

Aspecte psihologice generale

Se consideră instinctele ca fiind factorii ce determină apariţia şi orientarea (vectorizarea) comportamentului, acestea având un rol hotărâtor în procesul de supravieţuire a speciei. *McDougall* vorbeşte despre „forţa hormică" şi, asemenea lui C. von Monakow, pune în prim-plan importanţa pulsiunilor instinctuale, identificându-le cu „elanul vital" bergsonian. S. Freud denumeşte pulsiunile instinctuale „libido".

Pentru Cl. Bernard, toate manifestările vitale au ca scop menţinerea constantă a „mediului intern". W.B. Cannon desemnează prin termenul „homeostazie" această tendinţă generală de restabilire a echilibrului intern tulburat, afirmând că orice fiinţă vie este un organism care dispune de capacitatea de a-şi compensa tulburarea echilibrului intern prin neutralizarea factorilor perturbanţi.

Instinctele sau *trebuinţele* sunt activităţi ale organismului îndreptate spre satisfacerea nevoilor acestuia în vederea menţinerii şi dezvoltării vieţii individuale. Ele se caracterizează prin următoarele :

a) trebuinţa instinctuală are întotdeauna un obiect ;
b) fiecare trebuinţă capătă un conţinut concret în funcţie de condiţiile şi felul în care este satisfăcută ;
c) una şi aceeaşi trebuinţă are tendinţa de a se repeta ;
d) dezvoltarea trebuinţelor se realizează prin schimbarea sferei de obiecte care le satisfac şi, de asemenea, prin schimbarea modului de satisfacere.

E. Dupré distinge trei niveluri sau zone în sfera instinctelor :

a) instinctul de conservare, privind instinctele personale, egoiste relative la viaţa individului ;
b) instinctul de reproducere, privind instinctele sexuale, genezice, în relaţie cu viaţa şi perpetuarea speciei ;
c) instinctul de asociere, privind gregaritatea, instinctele colective, altruiste, în raport cu viaţa comună din cadrul societăţii.

Fiecăreia dintre grupele de instincte de mai sus îi corespund anumite caracteristici proprii.

Instinctul de conservare se raportează la nevoile sau apetenţele nutritive, posesiunea de bunuri materiale, respectiv instinctul de proprietate şi, în fine, la sentimentul propriei personalităţi (egocentrism, ambiţie, orgoliu, vanitate etc.).

Instinctul de reproducere priveşte funcţiile genezice, viaţa şi activitatea sexuală a individului, perpetuarea speciei, dorinţa de a avea copii, sentimentele de ocrotire şi de creştere a copiilor.

Instinctul de asociere priveşte instinctele sociale, altruiste, în raport cu viaţa colectivă. Aceste instincte grupează ansamblul de tendinţe constituţionale care îi permit individului să se adapteze la viaţa colectivă, să aibă un statut şi un rol social, să-şi ordoneze relaţiile şi conduitele în raport cu normele modelului sociocultural. Toate aceste tendinţe derivă, după E. Dupré, Th. Ribot şi M. Scheler, din „instinctul de simpatie", în virtutea căruia individul se simte atras către ceilalţi. Instinctul de simpatie exprimă acordul individului cu ceilalţi membri ai grupului. El este acea „tendinţă ego-altruistă care rezumă în ea combinarea instinctelor de conservare individuală, de reproducere specifică şi de solidaritate gregară, unite pentru a asigura, în cadrul speciei şi în timp, opera de continuitate a vieţii" (E. Dupré).

Tulburările vieţii instinctuale

Psihopatologia cuprinde o gamă variată şi complexă de tulburări ale instinctelor. Ele pot fi, în general, de trei categorii:

1. *Tulburări în exces* ale manifestărilor instinctuale, ale nevoilor sau trebuinţelor fundamentale ale individului. Cele mai frecvente sunt nevoia exagerată de aport şi ingestie alimentară (polifagia sau bulimia) şi consumul exagerat, excesiv de lichide (potomania).
2. *Tulburări în minus* sau diminuarea satisfacerii nevoilor instinctuale ale individului se manifestă, în mod predilect, tot în sfera aportului de alimente sau de lichide şi sunt reprezentate prin refuzul parţial sau total de a se alimenta (anorexia) sau de a consuma lichide (sitiofofia).
3. Cea de-a treia mare grupă de tulburări ale instinctelor este reprezentată prin *pervertirea instinctelor.* În această categorie întâlnim următoarele tipuri de tulburări:
   a) *pervertirea instinctului alimentar* prin deturnarea apetenţelor de la alimentele comestibile către obiecte sau produse necomestibile, ca în cazurile de coprofagie, pică etc.;
   b) *pervertirea instinctului matern*, manifestat prin abandonul copilului, aversiune sau ură faţă de copil, refuzul de a-l îngriji, pruncucidere;
   c) *pervertirea instinctului de autoconservare*, manifestat prin automutilări sau suicid;
   d) *perversiuni ale instinctului sexual*, vizând obiectul plăcerii sau modalitatea de obţinere a plăcerii erotico-sexuale. Acest grup de perversiuni cuprinde o gamă extrem de largă de manifestări, dintre care vom menţiona: nimfomania şi satiriazisul, exhibiţionismul şi fetişismul, sadismul şi masochismul, homosexualitatea feminină (lesbianismul) şi masculină (pederastia), bestialitatea şi necrofilia, gerontofilia şi pedofilia etc.

Se poate observa din cele de mai sus că tulburările vieţii instinctuale reprezintă un domeniu extrem de larg şi de o nuanţare complexă a sferei psihopatologiei. Aceste tulburări sunt întâlnite destul de frecvent şi însoţesc multe afecţiuni psihiatrice. Un loc predilect îl ocupă prezenţa tulburărilor instinctuale în sfera psihopatiilor, la oligofreni şi demenţi.

Tulburările de comportament alimentar

În această clasă de tulburări care privesc trebuinţele alimentare sunt incluse *anorexia mintală* şi *bulimia nervoasă.* Prima se caracterizează prin refuzul de a avea o greutate corporală

minimă necesară, acceptată în limitele normalului ; cea de-a doua constă în episoade de ingestie alimentară compulsivă urmată de o creştere ponderală rapidă şi anormală.

1. Anorexia mintală

Este o tulburare gravă caracterizată din punct de vedere psihopatologic prin *anorexie*, *scădere ponderală*, *amenoree* şi o *structură mintală specifică*. Tulburarea apare de regulă la pubertate şi este predominantă ca incidenţă la fete între 15 şi 20 de ani. Evoluţia tulburărilor se desfăşoară în trei faze:

a) restrângerea aportului alimentar mergând până la refuzul complet de a mânca, urmată ulterior de pierderea apetitului alimentar ;
b) a doua fază constă în consolidarea ideii de refuz alimentar, devenită regulă de conduită asociată cu impresia absenţei oricărei consecinţe negative pentru organism ;
c) cea de-a treia fază se caracterizează printr-o stare de caşexie urmată de complicaţii somatice grave şi de moartea bolnavei.

Ch. Durand descrie câteva tipuri de anorexie mintală: nevrotică, psihotică, conflictuală. În plus, se mai semnalează anorexia mintală a sugarului şi a tinerelor femei măritate ca o formă de refuz conjugal.

2. Bulimia nervoasă

Este o tulburare nevrotică a comportamentului alimentar opusă anorexiei mintale şi care constă în ingestia exagerată a unor cantităţi crescute de alimente, având drept urmare o creştere rapidă a greutăţii corporale. Ca şi în cazul anorexiei mintale, apar tulburări legate de imaginea de sine. Tabloul psihopatologic este consecinţa unor frustrări, carenţe emoţionale, situaţii conflictuale interiorizate care se „descarcă" prin aportul alimentar exagerat.

Tulburările psihosexuale

Această categorie ocupă un loc aparte în sfera psihopatologiei, motiv pentru care o tratăm separat de tulburările vieţii instinctuale. Tulburările psihosexuale sunt date, dincolo de devianţele şi manifestările patologice instinctuale, de normele morale, religioase şi de sistemele de interdicţie/reprimare a acestor manifestări, specifice fiecărui model sociocultural. În sensul acesta, societatea „decupează" din cadrul formelor de comportament sexual acele „aspecte" considerate de ea ca fiind „negative" în raport cu sistemul de valori moral-religioase, culturale etc. Aceste „decupaje" vor fi etichetate ca fapte reprobabile, ca stări anormale în raport cu formele de comportament sexual admise de societate la momentul respectiv (C. Enăchescu). Ele vor fi ulterior „medicalizate", constituind cadrul clinic al tulburărilor psihosexuale[1].

Tulburările psihosexuale, recunoscute şi admise de către toţi specialiştii din domeniu, se prezintă sub forme diferite, dar care respectă şi recunosc toate tulburările de fond.

Pentru J.D. Guelfi şi colaboratorii săi, tulburările conduitelor sexuale sunt reprezentate prin:

a) tulburări prin exces (hipersexualitatea) ;
b) tulburări prin lipsă (scăderea libidoului) ;

1. C. Enăchescu, *Tratat de psihosexologie*, Editura Polirom, Iaşi, 2003.

c) tulburări de dinamică sexuală (tulburări de erecţie şi ejaculaţie, frigiditate, vaginism, dispareunie, priapism) ;
d) tulburări prin devianţă (perversiuni sexuale sau parafilii) ;
e) tulburări de identitate sexuală (homosexualitate, transsexualism).

R. von Kraft-Ebbing descrie următoarele grupe de tulburări psihosexuale :
a) stări paradoxale, în care sunt incluse emoţii sexuale în afara perioadelor normale ale acestor tipuri de manifestări ;
b) anestezii sau stări de „absenţă instinctuală” cu indiferentism psihosexual ;
c) hiperstezie sau exagerarea instinctului sexual (nimfomanie şi satiriazis) ;
d) parestezii sau perversiuni ale instinctului sexual, în care sunt incluse următoarele forme de manifestare :
   – pervertirea scopului acţiunii (masochism, sadism, fetişism, exhibiţionism) ;
   – pervertirea obiectului plăcerii (homosexualitatea, pedofilia, gerontofilia, zoofilia, necrofilia).

Freedman, Kaplan şi Sadock propun următoarea clasificare a tulburărilor psihosexuale, după cum urmează :
a) tulburări sexuale asociate bolilor psihice ;
b) homosexualitatea ;
c) tulburări de dinamică sexuală :
   – la femei (frigiditatea, dispareunia, vaginismul) ;
   – la bărbaţi (impotenţa, tulburările de ejaculare, priapismul) ;
d) incestul ;
e) devianţele sexuale, în care sunt incluse următoarele :
   – devianţe de tip agresiv (sado-masochismul, pedofilia, gerontofilia, necrofilia) ;
   – devianţe anonime (exhibiţionismul, apelurile telefonice obscene, fetişismul).

Tulburările de activitate

Cadrul general psihologic

Activitatea este definită ca reprezentând ansamblul de manifestări psihomotoare ale unui individ orientat în vederea realizării unui anumit scop anterior propus. În sensul acesta, fiind un tip de manifestare programată şi voluntară, activitatea se caracterizează prin următoarele aspecte :
- putere sau forţă, reprezentând potenţialul dinamic al individului ;
- cadenţă, ritm, periodicitate ;
- eficienţă, adaptare la scopul propus.

Aspecte psihopatologice

În cadrul tulburărilor de activitate se descriu mai multe grupe de manifestări, aşa cum se poate vedea în continuare :

1. *Activitate de tip exagerat*, manifestată prin polipragmazie, mobilitate mimică, agitaţie, logoree, ineficienţă.

2. *Activitate de tip diminuat*, ca bradipsihia, bradikinezia, stările de inhibiţie, negativism, stupoare.

M. Dide şi P. Guiraud descriu mai multe tipuri de manifestări psihopatologice în sfera activităţii, în special de factură motorie, ca dominantă, dar care sunt, de regulă, asociate şi cu alte forme de manifestare. Acestea sunt descrise în continuare:

1. *Enervarea* este o stare de excitaţie bruscă şi tranzitorie, de scurtă durată, alternând cu momente de inerţie motorie sau chiar de imobilism total.
2. *Inhibiţia motorie* se caracterizează prin diminuarea sau lentoarea activităţii motorii a bolnavilor. Aceştia îşi neglijează ocupaţiile, vorbesc puţin, se alimentează sumar şi execută cu o mare lentoare ordinele care le sunt date.
3. *Bradikinezia* este o diminuare a actelor motorii în ceea ce priveşte uşurinţa, fluiditatea şi ritmul execuţiei lor. Se asociază cu o stare de lentoare afectiv-emoţională şi ideativă (bradipsihia).
4. *Stupoarea motorie* reprezintă suspendarea oricărei forme de activitate psihică. Bolnavul este imobilizat la pat, privirea sa este inexpresivă, mimica acestuia are aspect de mască, nu răspunde la solicitările externe, refuză să se alimenteze.
5. *Barajul* este oprirea bruscă în executarea mişcărilor, o imposibilitate pasageră de a trece la acţiune, precum ceva care se opune din interiorul bolnavului.
6. *Negativismul* este tot un fenomen psihopatologic asemănător barajului, la care se adaugă o „contraacţiune" patologică ce se opune ordinului dat bolnavului de a executa un act motor.
7. *Opoziţia* este refuzul voluntar de a executa o mişcare, o acţiune care vine în contradicţie cu ideile patologice ale bolnavului.
8. *Supunerea pasivă* este o accentuare a stării obişnuite de sugestibilitate, în cursul căreia bolnavul execută imediat, în mod ireflexiv, toate ordinele care i se dau, indiferent dacă acestea au un caracter bizar sau chiar absurd.
9. *Catalepsia* este o tulburare de activitate motorie privind în special tonusul muscular, în cursul căreia bolnavului i se pot imprima, în mod pasiv, atitudini şi poziţii ale membrelor sau corpului de către medicul examinator, pe care acesta le va conserva involuntar. Este cunoscută şi sub numele de „flexibilitate ceroasă" şi apare în cursul sindromului catatonic.
10. *Stereotipia* este tendinţa de a menţine şi repeta practic indefinit aceeaşi mişcare sau atitudine motorie. În cazul reprezentării stereotipe a unor cuvinte sau fraze, se vorbeşte de „verbigeraţie".
11. *Manierismul* reprezintă o serie de simptome motorii disparate care au în comun caracterul unei impresii exterioare că „bolnavul este manierat" în gesturi, mimică etc.
12. *Ecopraxia* constă în repetarea identică de către bolnav prin imitarea gesturilor, acţiunilor (ecopraxie), mimicii (ecomimie), limbajului (ecolalie), scrierii (ecografie) interlocutorului său, asemenea unui ecou.

Tulburările de voinţă

Voinţa, proces psihic apropiat de activitatea motorie, dar şi de caracter, desemnează formele de motricitate plasate sub controlul sistemului vieţii de relaţie, neavând nici caracter reflex şi nici automat. Voinţa reprezintă capacitatea de decizie liberă şi ferm

orientată în direcţia realizării unui scop propus, dincolo de orice fel de obstacole. Capacitatea acesteia este de a preveni conflictele şi de a reuşi în acţiunile pe care individul şi-a propus să le realizeze.

În sfera psihopatologiei, Th. Ribot distinge trei categorii de tulburări ale voinţei: *ideile fixe* sau *obsesiile*, *impulsiunile* şi *abulia*.

Cea mai importantă formă de tulburare a voinţei este *abulia*. Ea constă, în special, în încetinirea sau în „insuficienţa voinţei", apărând în cursul procesului de trecere de la idee la act. P. Janet distinge mai multe tipuri de abulie, şi anume:

a) *abulia motorie*, reprezentând inhibiţia trecerii la îndeplinirea unor acţiuni;
b) *abulia intelectuală*, caracterizată prin slăbirea atenţiei voluntare de a se putea concentra asupra unei activităţi intelectuale şi care este recunoscută ca atare de către individ;
c) *abulia constituţională*, specifică unei categorii de subiecţi consideraţi „slabi", „inerţi" sau „leneşi", incapabili de a desfăşura un efort de adaptare socială, personalităţi în special de tip ezitant, cu tendinţe de îndoială şi incertitudine.
d) *abulii sistematizate*, constând în imposibilitatea realizării voluntare a unor anumite acţiuni cu caracter particular, din cauza unor inhibiţii obsesive sau fobice.

Tulburările de tip abulic pot fi întâlnite la melancolici sau schizofrenici, în tabloul clinic al unor nevroze, psihastenie, la alcoolici şi toxicomani, precum şi în unele cazuri de sindroame psihoorganice cerebrale.

Tulburările de caracter

Cadru general

Caracterul reprezintă totalitatea trăsăturilor esenţiale şi calitativ specifice ale persoanei care se manifestă în acţiunile acesteia. În sfera caracterului sunt cuprinse următoarele aspecte:
- trăsături psihologice specifice individului (trebuinţe, înclinaţii, interese, convingeri morale);
- comportamentul general în relaţiile sociale;
- o dispoziţie sentimentală predominantă;
- natura dispoziţiei sale obişnuite.

În sens restrâns, caracterul este „ansamblul de dispoziţii congenitale care formează scheletul mintal al unui individ" (R. Le Senne). În sens larg, caracterul reprezintă „ceea ce face ca o persoană să fie ea însăşi, şi nu o alta" (Paulham).

Aspecte psihopatologice

În general, în psihopatologie sunt cuprinse, în acelaşi cadru, atât *tulburările de caracter*, cât şi *tulburările de comportament* care derivă în mare măsură din acestea. Tulburările de caracter desemnează tulburări de ordin structural ale persoanei, pe când tulburările de comportament, tulburări de ordin dinamic.

Unii specialişti preferă să dea *o formă tipologică* atât tulburărilor de caracter, cât şi tulburărilor de comportament. În sensul acesta, în sfera *tulburărilor de caracter* sunt

incluse următoarele tipuri de persoane : apaticii, timizii, retraşii sau izolaţii, impulsivii, emotivii şi labilii emoţional. În sfera *tulburărilor de comportament* sunt incluse următoarele tipuri de persoane : instabilii, discordanţii, agresivii, perverşii, hiperactivii, antisocialii.

Sintetizând din punct de vedere psihopatologic tulburările de caracter, A. Porot distinge trei mari grupe de modificări :

a) modificări şi variaţii fiziologice în raport cu pubertatea şi adolescenţa, modificări precatameniale, modificările care apar la femei în cursul sarcinii, post-partum, la menopauză sau în perioadele presenilă şi senilă la ambele sexe ;
b) anomalii de caracter, semnalate ca trăsături caracteriale ale personalităţii de tip paranoic, gelozie patologică, impulsivitate, exaltări de tip pasional (politic, religios, erotic, reformator etc.) ;
c) modificări de caracter patologic dobândite, întâlnite în cursul evoluţiei clinice a nevrozelor, al unor procese organice cerebrale, în psihoze etc.

Agresivitatea şi violenţa

Agresivitatea şi violenţa ocupă un loc important în tematica psihopatologiei. Pentru O. Klineberg, cuvântul „agresiune" presupune noţiunea de „ostilitate". Ostilitatea are o conotaţie negativă, pe când agresivitatea este orientată într-o anumită direcţie sau asupra unui obiect precis.

Trebuie făcută deosebirea între *agresivitate* şi *actul agresiv*. Agresivitatea face parte din componentele psihoafective şi comportamentale ale persoanei umane, ca un potenţial de acţiune şi activitate, pe când actul agresiv este un „eveniment episodic" ostil care se produce prin descărcarea agresivităţii.

Agresivitatea se manifestă în cadrul acţiunilor şi al comportamentelor umane sub formă de „conduită de atac", care poate fi atât un comportament agresiv, ofensiv, cât şi unul defensiv sau, altfel spus, de „atac" şi „contraatac".

Pentru J.M.R. Delgado, comportamentul agresiv se manifestă prin următoarele aspecte :

a) manifestări externe : postură, gesturi, mimică etc. ;
b) un răspuns reciproc de apărare din partea persoanei agresate, cu modificări neurovegetative (cardiace, vasculare, respiratorii, de tonus muscular etc.) ;
c) modificări endocrino-metabolice (tiroidiene, suprarenale etc.).

Psihanaliza (S. Freud) vede acest tip de comportament ca fiind rezultatul echilibrului dintre cele două pulsiuni fundamentale : Eros-ul, sau pulsiunea de viaţă, şi Thanatos-ul, sau pulsiunea de moarte, care se opun reciproc. În sensul acesta, se constată că în cursul actelor sau al conduitelor agresive pot fi puse în evidenţă următoarele patru tipuri de procese :

- deplasarea acţiunii asupra altor obiecte ;
- sublimarea energiei agresive în alte forme de manifestare ;
- restricţia scopurilor energiei agresive ;
- intricaţia cu libidoul.

Sublimarea agresivităţii permite transformarea energiei agresive în energie neutră, care este pusă la dispoziţia Eului. Din acest motiv, se admite că agresivitatea se poate manifesta prin neplăcere, insatisfacţie şi suferinţă (S. Nacht).

Direcţia sau sensul de manifestare a actelor de agresivitate poate fi de două feluri : heteroagresivitatea (orientată către un obiect sau către altă persoană) şi autoagresivitatea (orientată către sine, ca în cazul automutilărilor sau al suicidului). Potenţialul agresiv se mai poate descărca prin forme de conduită de tip sublimativ, cum ar fi alcoolismul sau toxicomaniile.

Spre deosebire de agresivitate, care este o stare psihică potenţială, violenţa este o formă de conduită agresivă „învăţată" prin adoptarea unor „antimodele" de comportament de tip deviant sau sociopatic. Ea are un caracter distructiv, antisocial, prezentând prin aceasta un mare grad de periculozitate. Este legată de tulburările de activitate, voinţă, instinctuale, fiind prezentă în multe afecţiuni psihice.

Tulburările afective

Aspecte psihologice generale

Afectivitatea reprezintă ansamblul de reacţii psihice ale individului în faţa unor situaţii ocazionate ale vieţii, fie ca urmare a unor contacte cu lumea externă, fie cauzate de unele modificări interne ale persoanei. Ele sunt adesea asociate cu viaţa instinctivă, gândirea şi activitatea, motiv pentru care acestea mai sunt denumite şi procese „instinctivo-afective" sau „ideo-afective".

În cadrul proceselor afective regăsim următoarele tipuri :

1. *Afectele*, stări psihice de scurtă durată, imediate, inanalizabile şi care caracterizează sensul unei reacţii. Ele pot fi de trei feluri (H. Pieron) :
   a) interesate, cu reacţie de atenţie şi explorare ;
   b) agreabile sau plăcute, cu reacţie de expansiune şi căutare ;
   c) dezagreabile sau dureroase, cu reacţie de retragere şi fugă.
2. *Emoţiile*, ansamblul de fenomene psihice şi fiziologice care caracterizează o reacţie într-o situaţie dată. Emoţia înglobează afectele, precum şi toate reacţiile neurovegetative (motorii, secretoare, viscerale, vasomotoare etc.) care o însoţesc. Emoţiile pot fi de următoarele tipuri : emoţia-şoc, emoţia-plăcere, emoţia-grijă, emoţia-teamă, emoţia-mânie.
3. *Sentimentele*, ce se caracterizează prin următoarele aspecte :
   – sunt diferit nuanţate şi decantate de contextul psihologic ;
   – sunt stări reacţionale care răspund unor situaţii pur psihice, intim legate de conţinutul gândirii, asociaţii mnezice, evocări reprezentative etc. ;
   – sunt motivate, durabile în timp.

   Sentimentele cuprind o gamă extrem de largă de stări afective, cum ar fi : orgoliul, triumful, gelozia, pudoarea, timiditatea, simpatia, ura, mila, invidia, admiraţia, respectul.
4. *Dispoziţia afectivă*, rezultanta reacţiilor afective elementare, orientarea acestora, atmosfera interioară şi atitudinea individului. Ea reprezintă „tonul afectiv" sau „umoarea" unei persoane într-un anumit moment şi se poate manifesta prin următoarele forme : euforie, tristeţe, indiferenţă, exaltare, nelinişte.
5. *Pasiunea*, polarizarea afectivă pe un sentiment bine determinat care invadează şi domină viaţa psihică şi activitatea individului aproape în totalitate, reorganizându-i şi vectorializându-i viaţa conştientă într-un anumit sens, pentru o foarte lungă durată.

Psihopatologia afectivității

Tulburările vieții afective sunt deosebit de variate și multiple. Ele pot fi înregistrate ca „reacții” care constituie „răspunsul emoțional-afectiv al unui individ la evenimentele vieții trăite” (K. Schneider), având o cauză exogenă; sau, dimpotrivă, pot apărea „spontan”, fiind legate de o anumită dispoziție constituțională de factură endogenă.

O caracteristică a tulburărilor vieții afective, în special a celor de factură endogenă, este dinamica lor ciclică, văzută ca modalitate de manifestare prin „variații periodice” ale stărilor de dispoziție afectivă.

În sfera psihopatologiei, tulburările emoțional-afective sunt caracterizate prin două mari grupe de manifestări:

a) tulburări caracterizate prin creșterea patologică a tonusului afectiv, manifestate prin stări de euforie, crize de excitație maniacală, logoree, polipragmazie, agitație psihomotoare care poate ajunge la forme de manifestare coleroasă;
b) tulburări caracterizate prin scăderea patologică a tonusului afectiv, manifestate prin dispoziție tristă, depresivitate, plâns, inactivitate, insomnii, restrângerea câmpului de interese și a comunicării, idei delirante de inutilitate și autoacuzare, idei de suicid, tentative de suicid.

Tulburările afective sus-menționate sunt întâlnite în mod constant în cursul „bolii afective” sau al „psihozei maniaco-depresive”. În plus față de acestea, mai notăm existența stărilor disforice afective de tipul ambivalenței sau inversiunii afective, cu caracter bizar, din cursul schizofreniei, precum și tulburările afective specifice ale psihopaților, cu o conotație morală (cruzimea, cinismul, indiferența față de suferința celorlalți etc.).

Tulburările afective sunt de regulă asociate cu modificări patologice în sfera activității motorii și ideative. Ele sunt extrem de variate și înregistrează diferențe în raport cu vârsta bolnavilor (copii, adulți, bătrâni). Cele prezentate mai sus configurează cadrul tulburărilor emoțional-afective ale persoanelor adulte.

Sante de Sanctis este primul care pune problema „instabilității psihice”, considerând-o expresia unor manifestări distimice ale copiilor și adolescenților. Pentru autorul citat, stările distimice se caracterizează prin două categorii de semne clinice, și anume:

a) semne negative: absența ideilor directive în conduită, lentoare, apatie, absența fineții sentimentale;
b) semne pozitive: impulsivitate, agitație psihomotoare, mișcări coreiforme, neliniște generală, excitabilitate mergând până la logoree, refuzul de a munci, crize de plâns și de râs, tulburări de somn, erotism, tendința spre fugă și vagabondaj, idei depresive și tentative de suicid.

Sante de Sanctis denumește aceste stări „distimii” și le clasifică în următoarele două grupe:

1. *Stările constituționale*, în care intră următoarele:
   a) psihozele maniaco-depresive;
   b) stările maniacale și depresive intermitente;
   c) excito-depresia cronică.
2. *Stările distimice simptomatice secundare*, în care intră: stările postsifilis ereditar, eredo-alcoolismul, stările postencefalitice și posttraumatice.

Copilul şi adolescentul instabili au un profil psihologic particular, caracterizat prin următoarele (H. Abramson):

- tendinţa de a se impune şi de a comanda cu încăpăţânare;
- sugestibilitate şi nepăsare;
- capricii şi încăpăţânare;
- impulsuri de mânie şi indolenţă;
- vivacitate de iniţiativă şi lentoare de execuţie.

La baza stării de instabilitate se află un fond de afectivitate ambivalentă şi neliniştită, la care se asociază o componentă motorie mai mult sau mai puţin accentuată. Instabilitatea mintală şi emoţională este inseparabilă de instabilitatea motorie. Să insistăm un moment asupra stărilor de instabilitate.

H. Abramson distinge trei grupe diferite de instabilitate psihoafectivă la copii şi adolescenţi, după cum urmează:

1. Instabilitatea primară şi esenţială, care cuprinde:
   a) cazurile de instabilitate psihomotoare pură;
   b) instabilii debili.
2. Instabilitatea secundară, legată de tulburările de caracter şi pasiuni, în care intră următoarele:
   a) instabilii emotivi;
   b) instabilii paranoici;
   c) instabilii mitomani şi isterici;
   d) instabilii cu tendinţe perverse;
   e) perverşii instabili;
   f) instabilii epileptoizi.
3. Instabilitatea simptomatică de natură somatică prezintă următoarele manifestări psihopatologice:
   a) instabilitatea grefată pe o stare generală precară;
   b) instabilitatea postviscerală şi postcoree;
   c) instabilitatea postencefalitică;
   d) instabilitatea posttraumatică.

Tulburările de memorie

Aspecte psihologice generale

Se vorbeşte despre memorie ori de câte ori comportamentul unui individ se organizează în raport cu o experienţă trăită anterior. Pentru P. Janet, memoria constă în recunoaşterea sau evocarea spontană a amintirilor. Procesul memoriei constă în fixarea, evocarea şi recunoaşterea datelor anterior achiziţionate de persoană.

În ceea ce priveşte tipurile de memorie, se descriu următoarele:

- memoria mecanică, de înregistrare automată a unor date;
- memoria asociativă, legată de intenţionalitate;
- memoria de evocare, ce implică un proces de selecţie voluntară;
- memoria reflectată sau reflexivă, forma cea mai înalt intelectuală a proceselor mnezice;

– memoria afectivă, care constă în evocarea unei amintiri legate de starea afectivă care o însoţeşte.

După J. Delay, există trei niveluri psihologice ale proceselor mnezice, care exprimă de fapt nivelurile de evoluţie, dar şi pe cele de disoluţie a acestora. Ele sunt următoarele :

a) memoria senzomotoare, privind amintirile elementare ale senzaţiilor şi mişcărilor ;
b) memoria autistă, raportată la vise, delir, cu un caracter strict personal şi care exprimă o funcţie a inconştientului ;
c) memoria socială, caracterizată prin „conduita recitării" (P. Janet), implicând o ordine raţională şi o concepţie socială asupra timpului, inseparabilă de categoriile logice.

Aspecte psihopatologice

Tulburările de memorie, aşa cum sunt ele întâlnite în psihopatologie, pot fi cuprinse sub denumirea generală de *amnezii*. Acestea pot fi de mai multe forme, şi anume :

a) *amnezii anterograde*, privind amintirea evenimentelor în curs de desfăşurare ;
b) *amnezii retrograde*, privind amintirea evenimentelor trecute, anterioare instalării bolii ;
c) *amnezii de fixare*, în care evenimentele vieţii prezente par a nu putea fi înregistrate ;
d) *amnezii de evocare*, constând în imposibilitatea bolnavului de a aduce în câmpul conştiinţei prezente unele date mnezice ;
e) *amnezii de conservare*, constând în pierderea iremediabilă a tuturor amintirilor ;
f) *amnezii secundare* unor leziuni cortico-cerebrale şi asociate tulburării unor funcţii instrumental-simbolice cerebrale, aşa cum sunt întâlnite în afazii (uitarea limbajului), apraxii (uitarea executării unor acte motorii) sau agnozii (tulburări de evocare şi recunoaştere).

Tulburările psihice în care sunt semnalate cel mai frecvent tulburările de memorie de natură amnezică sunt următoarele :

– confuzia mintală, în care întâlnim amnezia lacunară ;
– sindromul Korsakow, amnestic confabulator ;
– demenţele presenile şi senile, care prezintă o amnezie de evocare de un tip particular. În aceste cazuri, amintirile cele mai vechi sunt cel mai bine conservate, pe când cele recente se pierd. Este un proces psihopatologic specific de „deteriorare mintală".

Psihopatologia proceselor de inteligenţă

Aspecte generale

Procesele de inteligenţă desemnează un cadru destul de larg, dar bine delimitat, de funcţii psihice superioare, cu caracter simbolic operaţional, fie că este vorba de un aspect de factură *conceptuală* (procesele de gândire propriu-zise), fie că este vorba de un aspect de factură *instrumentală* (procesele de expresie propriu-zisă). Ambele aspecte sunt intim legate între ele şi nu pot fi separate, astfel încât putem considera *procesele intelectuale* ca reprezentând *mecanismele simbolice cerebrale* (C. Enăchescu). Din aceste considerente, orice analiză psihopatologică a *inteligenţei* trebuie să privească aceste aspecte, şi anume *gândirea* şi *expresia*.

Inteligenţa, din punct de vedere psihologic, este definită ca reprezentând aptitudinea mintală de a rezolva operaţii cu maximum de randament şi fidelitate, în raport cu sarcina propusă şi cu posibilităţile personale ale subiectului. După A. Porot, termenul „inteligenţă" are următoarele semnificaţii :

- desemnează o anumită categorie de acte deosebite de activităţile automate sau instinctive ;
- defineşte facultatea de cunoaştere sau de înţelegere ;
- semnifică randamentul general al proceselor de elaborare ideativă mintală.

La edificarea proceselor de inteligenţă contribuie două categorii de factori (Wenzl şi Gottschaldt) :

a) factori noematici, de ordin psihologic, reprezentând întinderea (documentarea cognitivă a câmpului intelectual), profunzimea (capacitatea de a surprinde esenţialul prin punerea în evidenţă a funcţiei logice) şi înălţimea (facultatea de abstractizare raţională) ;
b) factorii sociali de ordin exterior dobândiţi de individ prin educaţie, instrucţie, influenţa mediului familial, social şi profesional.

Tulburările de gândire

Gândirea reprezintă, cum am arătat, una dintre laturile importante ale inteligenţei individuale, cu numeroase şi complexe implicaţii asupra sferei psihopatologiei. În psihopatologie se disting mai multe forme de alterare a gândirii, pe care le prezentăm în continuare.

1. Tulburările asociative

Acestea privesc procesul mintal al asocierii ideilor şi au următoarele aspecte psihopatologice :

a) *asociaţii automate de idei* cu caracter rapid, facil, fără o ordine sau o direcţie anume, bazate pe analogii verbale, succesiune şi asonanţă. O formă particulară o reprezintă *logoreea*, expresia verbală a unei desfăşurări rapide şi incoerente a gândirii, cu un caracter absurd, realizând în exterior o adevărată „salată de cuvinte" ;
b) *asociaţiile dirijate*, care au un caracter productiv şi reprezintă idei polarizate într-un sens unic de o anumită idee directoare, cu caracter dominant şi o mare încărcătură afectivă.

2. Tulburări ale cursului gândirii

Acestea privesc regimul desfăşurării proceselor de gândire, de un mare polimorfism psihopatologic. Ele sunt reprezentate prin următoarele forme de tulburări :

a) *fuga de idei*, care constă într-o derulare rapidă a cursului gândirii, specifică stărilor de excitaţie emoţional-afectivă (manie), la care se adaugă asociaţiile automate şi o dispersare a atenţiei ;
b) *mentismul*, descris de Chaslin, o desfăşurare rapidă a ideilor de a căror falsă realitate bolnavul este conştient şi suferă. Este însoţit, de regulă, de o stare de nelinişte afectivă.

c) *bradipsihia*, o stare de lentoare sau de inhibiţie ideativă. Producţia ideilor este mult diminuată, precum şi capacitatea de asociere a acestora. Această transformare psihopatologică se reflectă şi în sfera limbajului, prin sărăcirea şi lentoarea acestuia. Reacţiile bolnavului sunt mult întârziate, iar răspunsurile acestuia, sărace ;
d) *perseverarea*, tendinţa patologică de a repeta un cuvânt sau o frază cu caracter stereotip, înlocuind răspunsul corect la întrebarea adresată. Este o „intoxicaţie prin cuvânt" a bolnavului ;
e) *barajul*, care constă în oprirea bruscă a desfăşurării cursului gândirii.

3. Tulburările de imaginaţie

Acestea sunt tulburările care privesc construcţiile intelectuale, adaptate la circumstanţe. Din punct de vedere psihopatologic, ele au o mare varietate de manifestări, descrise în mod special de E. Dupré. Acestea sunt următoarele :
a) *sărăcia imaginativă*, specifică persoanelor cu deficienţe de intelect (debili mintal şi imbecili), precum şi bolnavilor cu stări demenţiale ;
b) *exagerarea imaginaţiei*, ce apare, de regulă, în cazul stărilor de excitaţie euforică din cursul crizelor maniacale, în beţia alcoolică, dar în special în cursul delirurilor ;
c) *fabulaţia*, tulburarea psihopatologică constând în construcţia de evenimente semnificative şi în credinţa bolnavului în realitatea acestor evenimente imaginare elaborate de el ;
d) *mitomania*, construcţia imaginară a bolnavului prin care acesta modifică sau înlocuieşte voit realitatea existentă în virtutea tendinţelor proprii. Mitomania este normală la copil, care nu poate să facă încă o diferenţiere netă între produsul imaginaţiei sale şi perceperea şi explicarea sau înţelegerea realităţii externe. La bolnavii psihic, mitomania este fie rezultatul unei regresiuni infantile (debili, isterici, sociopaţi), fie o formă particulară de fabulaţie. E. Dupré consideră tendinţa de mitomanie ca fiind o trăsătură specifică a „construcţiei patologice" pe fondul căreia se dezvoltă o structură mintală de tip isteric, un delir de imaginaţie, prezbiofrenia sau sindromul Korsakow.

4. Gândirea xenopatică

Aceasta reprezintă o tulburare particulară de gândire grupând toate fenomenele psihopatologice parazitare de adiţie sau de inhibiţie resimţite de un individ, dar pe care acesta nu le recunoaşte ca venind din interiorul personalităţii sale, atribuindu-le o origine străină, exterioară lui. Acest tip de tulburare a gândirii mai este cunoscut şi sub denumirea de „sindrom de acţiune exterioară" (H. Claude), „fenomene xenopatice" (Guiraud) sau „automatism mintal" (G. de Clérambault). Reprezentările xenopatice sunt frecvent asociate cu halucinaţiile şi pot lua aspecte psihopatologice variate, descrise de G. de Clérambault după cum se poate vedea în continuare :
a) *automatism senzitiv* : algii, dureri cenestezice etc. ;
b) *automatism emoţional şi afectiv* : teamă, tristeţe, mânie, antipatie, perplexitate fără obiect, impresia de stranietate ;
c) *automatism perceptiv* : zgomote, cuvinte fără semnificaţie, cifre, aluzii şi insulte la adresa bolnavului etc. ;

d) *automatismul de activitate*: constă în formularea unor ordine sau decizii impuse, gesturi forţate, gesturi inhibate, automatism verbo-motor sau grafic.

Delirul

Falsele interpretări patologice sunt cuprinse în grupa *stărilor delirante*. Acestea cuprind tulburările de gândire şi procesele psihice înrudite (reprezentarea, intuiţia, expresia, percepţia). *Ideea delirantă* este cea care se opune realităţii şocând evidenţa faptelor.

Este destul de greu de delimitat delirul în raport cu o trăire normală sau cu alte manifestări psihopatologice. Acesta poate apărea în cursul evoluţiei clinice a unor variate boli psihice, în special în cazul schizofreniei, al psihozelor organice acute, psihozelor delirante cu evoluţie îndelungată, melancoliei.

Pentru diagnosticarea delirului nu sunt suficiente numai aspectele externe, formale, concepţiile false sau convingerile ireale ale bolnavului. Importante din punct de vedere psihopatologic sunt trăirile acestor bolnavi, relaţiile care se stabilesc între delir şi Eul acestora. În această privinţă, sunt admise următoarele situaţii:

- un tip de reacţie particulară a Eului (Gruhle);
- interpretări false, anormale (Jaspers);
- falsuri patologice în legătură cu Eul (Kehrer).

Fenomenele delirante trebuie considerate ca atare în momentul în care conştiinţa subiectivă a bolnavului este dominată de contrarietăţi şi are un caracter incorigibil. În cazul acestora, Janzarik vorbeşte despre o convingere anormal-obiectivă, străină de realitate şi profund subiectivă.

Conţinutul trăirii delirante nu trebuie neapărat să se deosebească de cel al unei trăiri normale. Ceea ce delirantul îşi închipuie sau trăieşte poate, în linii mari, să apară şi în viaţa unei persoane sănătoase. În felul acesta, pot apărea numeroase „impresii false" care să ducă la „interpretări delirante". Un lucru însă îi deosebeşte pe cei sănătoşi de bolnavii deliranţi, şi anume relaţiile lor cu lumea.

Caracteristicile delirului, din punct de vedere psihopatologic, sunt următoarele:

- prezintă o contradicţie internă;
- are o ireductibilitate funciară;
- este expresia desocializării gândirii morbide;
- natura autistă;
- verbalismul special al formei de exprimare.

Delirul începe să se manifeste din momentul în care individul nu mai dispune de critică pentru a-l putea învinge, acesta transformându-se în *convingere*, iar individul, devenind prizonierul său, este incapabil să se desprindă de acesta. Din acest moment, delirul devine incorigibil.

Delirul este rezultatul unei transformări psihopatologice a gândirii care sfârşeşte prin a transforma întreaga personalitate, activitate şi conduită ale bolnavului respectiv. Ceea ce caracterizează delirul nu este faptul de a fi neinteligibil pentru ceilalţi oameni din punct de vedere logic, ci faptul că bolnavul îl acceptă ca real, autentic, ca pe o certitudine care nu poate fi schimbată cu nimic, mai cu seamă că în multe situaţii, din punct de vedere formal, delirul are aparenţa unei conservări a structurii logice. Din aceste considerente, el trebuie înţeles mai mult decât o simplă şi exclusivă tulburare de gândire.

El este un tip particular de „experienţă sufletească” nouă, personală, interioară a bolnavului respectiv, care-i modifică personalitatea, concepţiile, conduita, acţiunile şi relaţiile cu ceilalţi şi cu lumea în general, aşa cum spuneam mai sus.

Din punct de vedere psihodinamic, se consideră că în procesul de formare a delirului intervine şi un mecanism proiectiv, dar diferit de cel din cazul nevrozelor. De fapt, este vorba despre o încărcare a individului cu trăiri ideo-afective având un conţinut incompatibil unor relaţii concordante dintre bolnav şi lume. Aceasta duce la „ruptura” dintre bolnav şi realitate, la un conflict sau chiar la o stare de contradicţie permanentă.

În evoluţia şi constituirea delirului se înregistrează câteva etape, şi anume:

a) *percepţia delirantă*, reprezentată prin delirul halucinatoriu;
b) *reprezentarea delirantă* sau intuiţia delirantă;
c) *interpretarea delirantă* sau delirul de interpretare;
d) *fabulaţia* sau delirul de imaginaţie.

La delir distingem, în ceea ce priveşte caracterul şi conţinutul acestuia, următoarele aspecte: *delir monotematic*, sau sistematizat, şi *delir polimorf*, nesistematizat tematic. Temele delirante majore cele mai întâlnite sunt următoarele: idei de persecuţie şi de interpretare, idei de grandoare, idei melancolice.

Tulburările de expresie

Expresia este acţiunea unei persoane de a exprima sau de a exterioriza conţinutul gândirii sau al vieţii emoţional-afective. Ea este strict personală şi are prin aceasta un caracter de originalitate, fiind o importantă sursă de cunoaştere a individului respectiv. După tipul de expresie, distingem mai multe aspecte ale acesteia:

a) expresia verbală, reprezentată prin limbajul oral, vorbit;
b) expresia nonverbală, în care sunt incluse următoarele tipuri:
   - expresia motorie (postura, mersul, pantomimica, mimica);
   - expresia grafică (scrisul);
   - expresia plastică (desenul, pictura, sculptura).

Expresia are o valoare deosebit de importantă în psihopatologie, fiind prima formă de manifestare (mimica, limbajul) a unui bolnav în întâlnirea acestuia cu medicul. Prima impresie este dată de aspectul şi expresia bolnavului (ca formă şi conţinut). A. Hesnard şi A. Porot au descris chiar „sindroamele expresionale” în psihopatologie. Acestea sunt, în primul rând, aspecte fiziologice sau mimice şi de limbaj, care frapează la bolnavii psihic prin următoarele aspecte: exces, discordanţă, sărăcie, lentoare, stereotipie, manierism sau bizarerie. A. Hesnard şi A. Porot notează ca fiind cele mai frecvente şi mai importante tulburări ale expresiei în psihopatologie următoarele:

- sindroamele mimice ale stuporii şi inerţiei;
- sindroamele expresive ale puerilismului mintal sau manierismului;
- sindroamele mimice din cursul stărilor confuzionale sau pseudoconfuzionale;
- sindroamele expresive ale simulării sau suprasimulării.

1. Tulburările expresiei mimice

Mimica este definită ca reprezentând ansamblul de jocuri ale fizionomiei, atitudinile şi gesturile prin care sunt exprimate în exterior stările afective sau ideile unei persoane.

Din punct de vedere psihologic, A. Dromard distinge două aspecte ale mimicii: mimica emotivă involuntară şi mimica ideativă voluntară.

Tulburările de expresie mimică se pot grupa în trei categorii principale (R. Ermiane, H. Baruk, A. Porot), şi anume:

a) *hipermimia*, expresia mimică exagerată care traduce o stare de excitaţie generală, o dispoziţie emoţional-afectivă exaltată, adesea susţinută de o idee prevalentă. Ea este întâlnită în cazurile de excitaţie maniacală, stări de euforie alcoolică, stări delirante onirice, în cursul sindroamelor delirante de tip pasional, în agitaţia anxioasă, la epileptici. Deliranţii mistici au o privire inspirată şi adoptă atitudini extatice. La paranoici, observăm o atitudine de superioritate, distantă faţă de cei din jur, orgoliu exagerat, rezervă, precauţie;
b) *hipomimia* este expresia mimică săracă sau negativă întâlnită în cursul stărilor de inhibiţie stuporoasă, sindromul catatonic, depresii, melancolie, negativism sau stereotipii;
c) *mimica discordantă* sau *paramimia* este expresia neconcordanţei dintre starea psihică şi atitudinile expresive ale bolnavului. Ea poate fi întâlnită în următoarele situaţii psihopatologice, sub diferite aspecte:
   - apraxii, agnozii sau afazii;
   - grimase;
   - ticuri şi spasme;
   - în schizofrenie, sub formă de grimase, manierisme sau stereotipii;
   - mimica din cursul simulării unor afecţiuni psihice sau somatice;
   - mimica de tip histrionic-spectacular, pasională, convulsiv-cataleptică sau extatică din cursul isteriei;
   - economia şi ecokinezia, ca forme de expresie care reproduc atitudinile şi gesturile interlocutorilor bolnavilor psihic.

2. Tulburările de limbaj

Limbajul este expresia conţinutului gândirii prin intermediul simbolurilor verbale reprezentate prin cuvinte. Acestea reprezintă un sistem codificat de „semne verbale”, impersonale şi universale, cu caracter exterior. Alături de *limbajul verbal* mai există şi *limbajul interior*, care este procesul mintal prin care se efectuează operaţiile gândirii.

Tulburările de limbaj au un caracter extrem de variat şi se grupează în câteva categorii psihopatologice, cum ar fi: anomalii de tip instrumental, senzoriale sau motorii; întârzieri în dezvoltarea şi maturizarea limbajului; tulburări de limbaj consecutive unor afecţiuni psihice (nevroze, psihoze, demenţe). Le vom analiza în continuare.

Tulburările de origine senzorială sau motorie sunt reprezentate prin următoarele:
- surdomutitatea la copiii surzi;
- audimutitatea la copiii cu auzul normal, dar cu agnozie auditivă congenitală;
- dislalii sau tulburări de elocuţiune;
- dislalii sau tulburări articulare (de cauză piramidală, extrapiramidală sau cerebeloasă, consecutive parkinsonismului, pseudobulbarism, PGP).

Anomaliile de dezvoltare a limbajului constau din următoarele:
- audimutitatea idiopatică în raport cu o întârziere a dezvoltării funcţiilor praxice, o stare de debilitate motorie generală şi un anumit grad de deficienţă intelectuală;

– bâlbâială cu tulburări ale ritmului vorbirii.

Afaziile reprezintă tulburări complexe de limbaj privind vehicularea, înţelegerea, exprimarea şi elaborarea gândirii. Ele apar în cazul unor leziuni cortico-cerebrale ale centrilor limbajului. Sunt asociate, cuprinzând, alături de tulburările de limbaj şi de tulburările gnozice sau praxice, şi tulburări de natură intelectuală privind elaborarea gândirii abstracte sau sintetice de diferite grade şi intensităţi. Afaziile reprezintă un grup mare de tulburări, reprezentate prin diferite tipuri clinice de afectare a limbajului, aşa cum se poate vedea mai jos:

a) afazia globală constă în disoluţia limbajului în totalitatea sa, atât în ceea ce priveşte înţelegerea, cât şi expresia vorbirii;
b) afazia senzorială (Wernicke) interesează elaborarea limbajului, identificarea şi înţelegerea simbolurilor verbale sau scrise (surditate şi cecitate verbală);
c) afaziile sintactice sunt reprezentate prin două forme clinice:
   – agramatismul lui Pick, în care tulburările privesc, în mod predominant, elaborarea frazelor, bolnavul utilizând un stil de limbaj telegrafic, cu o structură gramaticală elementară;
   – paragramatismul lui Kleist, în care, deşi sintaxa este conservată în parte, individul o utilizează greşit, rezultând „jargonofazia";
d) afaziile nominale cuprind următoarele tipuri de tulburări:
   – afazia nominală motorie a lui Lichtheim sau afazia transcorticală a lui Wernicke, în cursul căreia limbajul spontan este abolit, fiind posibil numai limbajul repetat; în schimb, înţelegerea vorbirii şi a lecturii este conservată, ca şi limbajul interior;
   – surditatea nominală sau afazia senzorială transcorticală a lui Wernicke corespunde, în parte, afaziei nominale a lui Head; tulburările predomină în domeniul înţelegerii sensului cuvintelor;
e) afazia amnestică a lui Pitres este o amnezie nominală. Cuvântul este corect înţeles, dar nu poate fi evocat, fiind înlocuit cu perifraze;
f) afaziile pure sunt reprezentate prin următoarele forme clinice:
   – surditatea verbală a lui J. Dejerine sau afazia senzorială subcorticală a lui Wernicke; ea este o tulburare de înţelegere a limbajului vorbit cu conservarea limbajului interior şi a vorbirii spontane, a lecturii şi a scrisului;
   – anartria sau afazia motorie pură subcorticală ori afazia verbală a lui Head, ce priveşte funcţia de elocuţiune, de articulare a limbajului, fără a fi însoţită de tulburări ale funcţiilor nominale sau sintaxice; limbajul interior, scrisul şi cititul sunt păstrate;
   – afazia Broca sau afemia este o tulburare de expresie motorie a limbajului, cu conservarea înţelegerii vorbirii, a scrisului şi a cititului.

Limbajul bolnavilor psihic

În psihopatologia limbajului, se acordă o atenţie specială „limbajului alienaţilor" (J. Seglas, S. Piro, J. Bobon, G. Maecagnani, B. Calieri şi L. Frighi, C. Enăchescu). Acest tip de tulburări reuneşte totalitatea aspectelor psihopatologice ale limbajului care apar, de regulă, în cursul evoluţiei clinice a psihozelor endogene, în special a celor din grupa schizofreniei. În aceste situaţii, tulburările de limbaj sunt în legătură directă cu halucinaţiile şi cu ideile delirante ale bolnavilor pe care le exprimă.

Din punct de vedere psihopatologic, ceea ce caracterizează formal „limbajul psihoticilor" sunt *neologismele* şi *paralogismele* (J. Bobon). Ambele reprezintă deformaţii ale limbajului obişnuit prin cuvinte nou-create de bolnavi pentru a exprima conţinutul delirant-halucinatoriu al gândirii acestora sau experienţele lor autiste.

S. Piro aduce în discuţie o problemă deosebit de importantă a tulburării limbajului în schizofrenie, de ordin semantic, pe care o numeşte „disocierea limbajului". Aceasta este o alterare psihopatologică specifică, constând în pierderea legăturilor care unesc în mod normal, în cazul unui *cuvânt*, „imaginea acustică" a acestuia (aspectul formal) cu „conceptul" pe care-l exprimă (aspectul intern) sau un „semnificant" cu un „semnificat". În cazul disociaţiei limbajului, S. Piro remarcă existenţa următoarelor aspecte psihopatologice : creşterea haloului semantic, distorsiunea semantică, dispersiunea semantică, disoluţia semantică.

În afara celor sus-menţionate, se mai descriu şi alte particularităţi psihopatologice ale limbajului bolnavilor psihic, reprezentate prin următoarele aspecte :

a) tulburări ale ritmului vorbirii : logoreea, în crizele maniacale, discursul sărac în cazul melancoliei, stereotipiile verbale ale schizofreniei ;
b) tulburări ale conţinutului vorbirii : coprolalia, ticurile verbale, aritmomania la obsesivi ;
c) modificări calitative şi de utilizare ale limbajului, cum ar fi :
   - tulburările de limbaj din sindromul Ganser, schizofrenie sau isterie ;
   - limbajul eliptic cu lacune sintactice sau stilul telegrafic, uneori enigmatic ;
   - limbajul afectat sau manierist ca ton, utilizarea perifrazelor, preţiozitate, formule cântate, din cursul schizofreniei ;
   - limbajul pueril din demenţe ;
   - stereotipiile verbale şi perseverarea din cursul melancoliei sau schizofreniei ;
   - neoformaţiile verbale (neologisme, schizofazie, glosolalie) întâlnite la bolnavii schizofrenici.

Făcând o sinteză a aspectelor psihopatologice ale limbajului la bolnavii psihotici, J. Bobon izolează mai multe forme clinice, aşa cum se poate vedea mai jos.

Paralogismul, descris de Tanzi, este un cuvânt existent în limbă, dar căruia bolnavul îi atribuie un sens diferit.

Agramatismul, descris de Küssmaul, este o tulburare de ordonare sintactică, putând merge până la forma stilului telegrafic.

Paragramatismul, descris de Bleuler, specific schizofreniei, este reprezentat prin expresii bizare, neoformaţii verbale etc.

Schizofazia, menţionată prima dată de Kraepelin, desemnează „confuzia verbală" şi reprezintă o varietate a formei descrise de Bleuler. Este un limbaj de tip pseudoincoerent, pe care Chaslin îl numeşte „discordanţă verbală".

Glosolalia, izolată prima dată de Flaumoy, este un limbaj automatic incomprehensibil, creat de bolnav. Este o formă nouă de limbaj, intenţionat, aparent structurat după modelul unei „limbi naturale", dar reprezintă o „limbă patologică".

Tulburările de limbaj de tip motor cuprind acele manifestări patolingvistice care apar în cursul catatoniei şi sunt reprezentate prin următoarele aspecte psihopatologice :

- impulsiunile verbale, descrise de Brosius ;
- neologismele stereotipe, descrise de Kalhbaum şi Kraepelin ;
- verbigeraţia, semnalată de Kalhbaum ;

- psitacismul, descris de Cottard ;
- glosomania, menţionată de Cénac ;
- kenoglosiile, studiate de Stucklik.

Tulburările de schemă corporală

Cadrul psihologic general

După P. Schilder, „imaginea corpului uman este imaginea propriului corp pe care ne-o formăm în planul spiritual, felul în care corpul nostru ne apare nouă înşine, ca imagine de sine". Imaginea corporală este suma senzaţiilor exteroceptive (tactile, termice şi dureroase), proprioceptive (musculare, posturale) şi visceroceptive (visceral-cenestezice). Din sinteza totalităţii acestora se va constitui o „imagine unitară" a propriului corp. Această „unitate" este percepută ca un „model postural al corpului" (H. Head), având o imagine spaţială de tip tridimensional.

Pentru M.A. Woodsbury, „schema corporală este cadrul de referinţă care organizează şi articulează datele senzoriale" ale corpului într-o unitate complexă. Plecând de la „schema corporală tridimensională", persoana adultă normală în stare de conştiinţă clară îşi construieşte şi autoreprezintă propria *realitate spaţială*. Aceasta reprezintă coordonatele care ne permit localizarea percepţiilor şi organizarea sintezei acestora. Ele reprezintă prelungirea în spaţiul geometric extracorporal a „tridimensionalităţii noastre corporale" determinate prin raportarea la propriul corp, în sensul de : „înainte-înapoi", „sus-jos", „dreapta-stânga", „orizontal-vertical", „aproape-departe", „interior-exterior". Se poate spune că atât lumea exterioară, cât şi lumea interioară sunt percepute şi construite plecând, ca punct de referinţă, de la imaginea corporală a persoanei umane.

Imaginea corporală are, pe de o parte, un aspect perceptiv, iar pe de altă parte este o reprezentare în planul conştiinţei personale a „ceea ce suntem", cu un caracter mult mai extins în raport cu „modelul organizat conceptual". Din aceste considerente se pot distinge mai multe aspecte legate de reprezentarea propriului corp :

a) *schema corporală*, care este imaginea senzorio-perceptivă a corpului somatovisceral ;
b) *imaginea de sine*, care este „imaginea moral-valorică" a individului respectiv sau, altfel spus, „ceea ce reprezintă" persoana respectivă ca specificitate şi unicitate. Aceasta este de fapt imaginea Eului personal care reprezintă identitatea personală a individului.

M.A. Woodsbury deosebeşte, la rândul său, existenţa a trei scheme corporale. Acesta consideră schema corporală ca fiind rezultatul tuturor experienţelor perceptive anterioare, organizate sintetic într-un *Gestalt*, o „configuraţie" specifică, un cadru care, în planul conştiinţei subiectului, se exprimă prin „imaginea de sine".

Noţiunea de „structură", atribuită schemei corporale, este determinată de modelul de percepţie şi de reprezentare a lumii, atât a celei exterioare, cât şi a celei interioare, *în care* şi *prin care* individul se recunoaşte ca „existenţă independentă" şi ca „situaţie în lume".

Cele trei forme ale schemei corporale sunt următoarele :

a) *schema corporală tridimensională*, pe care individul o percepe în stare normală, de conştiinţă clară, ca pe ceva personal, net separat de lumea exterioară prin limitele corpului său.

b) *schema corporală intermediară*, o formă de regresiune a schemei corporale tridimensionale prin „intrarea" fenomenelor viscerale în câmpul conştiinţei sale sub formă de cenestezii. Ea constituie forma intermediară de trecere de la normal la patologic în domeniul „imaginii de sine". În sensul acesta, sunt semnalate următoarele aspecte de natură psihopatologică :
- fenomene de depersonalizare ;
- fenomene anormale vizuale şi auditive (fosfene, acufene) ;
- fenomene vestibulare (vertij, greaţă, tulburări de echilibru şi de orientare spaţială) ;

c) *schema corporală viscerală*, care se raportează la fenomenele viscerale, sub formă de manifestări cenestopatice, tranzitorii şi parţiale, cu următoarele aspecte :
- palpitaţii, dispnee, greţuri ;
- atacuri de panică ;
- derealizare schizofrenică ;
- sindromul Cottard din melancolie.

Aspecte psihopatologice

Psihopatologia schemei corporale oferă un cadru extrem de larg şi nuanţat de tulburări care pot fi întâlnite în multe afecţiuni psihiatrice sau neurologice. O sistematizare precisă este destul de greu de făcut. Din acest motiv, vom prezenta mai jos aspectele psihopatologice în ordinea complexităţii lor.

Membrul-fantomă, descris de A. Pare, sau „iluzia amputaţilor" este o tulburare de schemă corporală care apare la persoanele cărora li s-a amputat un membru. Aceştia continuă să aibă „senzaţia" prezenţei acestuia, precum şi anumite „impresii" neplăcute (durere, furnicături, mâncărime etc.) la nivelul acestuia.

Tulburările imaginii corporale în cazul leziunilor emisferice cerebrale diferă calitativ după emisfera cerebrală afectată, după cum se poate vedea în continuare :

1. În *leziunile emisferei cerebrale drepte* „minore" sunt întâlnite următoarele tulburări de schemă corporală :
   - iluzii cenestezice cu prezenţa unui al treilea membru-fantomă ;
   - hemiasomatognozia sau sindromul Anton-Babinski.
2. În *leziunile emisferei cerebrale stângi* „majore" sunt semnalate ca tulburări de schemă corporală următoarele :
   - autotopoagnozia sau sindromul Pick ;
   - sindromul Gerstmann (agnozie digitală, agrafie şi dezorientare dreapta-stânga).

Ideile de negare corporală, de factură delirantă ca interpretare a propriei scheme corporale, apar fie în asomatognozia totală, fie în cursul sindromului Cottard, de negare corporală şi imortalitate, din melancolia delirantă.

Tulburările de schemă corporală din nevroze şi psihoze sunt reprezentate prin următoarele :
- depersonalizarea din cursul neurasteniei şi psihasteniei ;
- alochiria din isterie ;
- halucinaţiile somatocorporale şi viscerale, fenomenele de derealizare-depersonalizare, heautoscopia din cursul schizofreniei ;
- dismorfofobia din cursul stărilor obsesivo-fobice ;
- stările ipohondriace asociate cu falsa impresie a unor afecţiuni ale organelor interne.

Tulburările de personalitate

Cadrul psihologic general

Personalitatea este sinteza tuturor elementelor care concură la organizarea psihomintală a unui individ, pentru a-i da o fizionomie proprie. Ea se fundamentează pe constituţia somatopsihică, pe dispoziţiile acesteia ca potenţialităţi proprii, precum şi pe influenţele din exterior (mediul fizic, familie, nivel de educaţie, cultură, profesionalizare, viaţă socială etc.).

După A. Porot, orice personalitate se caracterizează prin următoarele aspecte psihologice:

a) unitate şi identitate, care fac ca aceasta să fie un tot coerent, organizat şi rezistent;
b) vitalitate, în sensul de ansamblu organizat ierarhic, însufleţit, a cărui viaţă este condiţionată de influenţa factorilor endogeni şi a celor exogeni;
c) luarea la cunoştinţă prin reprezentări mintale a activităţii conduitelor personale;
d) raporturi pozitive de adaptare-integrare cu mediul ambiant.

Aspecte psihopatologice

A. Porot, referindu-se la aspectele psihopatologice ale personalităţii, clasifică tulburările acesteia în următoarele categorii:

1. Tulburări de dezvoltare şi continuitate:
   a) oligofreniile: nedezvoltarea sistemului personalităţii;
   b) stările de dezechilibru caracterial de tipul constituţiilor psihopatice;
   c) stările de arieraţie afectivă a personalităţilor nevrotice cauzate de frustrări, complexe, carenţe emoţionale, traume psihice.
2. Tulburările de unitate ale personalităţii, de tipul dedublării personalităţii, depersonalizării, disocierii fragmentare, ca în cazul automatismului mintal etc.
3. Tulburări de identitate, reprezentate prin următoarele:
   a) idei delirante de negaţie a personalităţii proprii;
   b) idei delirante de transformare corporală;
   c) delir de negaţie.
4. Tulburări de relaţie cu lumea exterioară, care privesc sintonia individului cu mediul său, discordanţa acestuia în raport cu mediul, ca în cazul schizofreniei.
5. Tulburări de percepţie cenestezică a propriei persoane, de tipul: idei delirante de negaţie, idei ipohondriace, stări obsesionale, atacuri de panică, angoasă, depresii melancoliforme cu tulburări de personalitate etc.

15. Sindroamele psihopatologice I
(Aspecte generale)

Cadru general

Tabloul clinic al bolilor psihice apare sub forma unor „complexe simptomatologice". Acestea sunt *sindroamele psihopatologice.*

Sindromul reprezintă un complex de simptome unite între ele prin legături interne. Termenul „complex de simptome" a fost introdus în psihiatrie de W. Griesinger. Acest termen a fost acceptat şi i s-au adus completări ulterioare de către N. Kandinski, K. Kahlbaum şi E. Kraepelin.

K. Kahlbaum face deosebirea dintre „tabloul clinic" (*Zustandbild*) şi „procesul patologic" (*Krankheitseinhait*) care stă la baza acestuia, subliniind astfel deosebirea dintre *boală*, ca entitate patologică, şi diversele „complexe de simptome" care pot apărea în mod constant în cursul perioadelor succesive de evoluţie clinică a acesteia.

E. Dupré a dat următoarea definiţie sindromului psihopatologic : *Un sindrom este o grupare nosologică fundamentată pe coexistenţa obişnuită şi subordonarea logică a simptomelor clinice. El este un tot, o unitate clinică ale cărei elemente sunt apropiate între ele prin legături de afinitate naturală.*

După părerea lui A. Guiraud, un sindrom este o juxtapunere de simptome clinice fortuite. Solidaritatea simptomelor se explică numai atunci când între ele există o relaţie patogenetică specifică. În felul acesta, *sindromul* ne apare ca o noţiune intermediară între *simptom* şi *boală* (A. Porot).

Istoric

Sindroamele psihopatologice au o istorie care se suprapune cu istoria medicală a psihiatriei, urmând, în sensul acesta, direcţia de evoluţie a clasificării bolilor psihice.

Ph. Pinel (1802) este primul care face o clasificare a bolilor psihice prin delimitarea cadrului sindroamelor mai des întâlnite în evoluţia clinică a bolilor psihice. Urmaşul acestuia, S. Esquirol (1846), va descrie câteva sindroame psihopatologice, cum sunt lipemania, monomaniile, mania, demenţa şi idioţia.

Cel care, prin introducerea conceptului de „complex de simptome" (*Symptomkomplexe*), porneşte de la consideraţii de ordin clinic şi evolutiv în aprecierea formării sindroamelor psihopatologice este W. Griesinger.

E. Kraepelin va completa teza lui W. Griesinger prin adăugarea conceptului de „tablou al stării clinice" (*Zustandbild*), desemnând starea clinică determinată de un anumit proces patologic. E. Kraepelin este cel care va face diferența dintre *boală*, considerată entitate nosologică (*Krankheitseinheit*), şi diversele *complexe de simptome* care, aşa cum am spus, apar în cursul unor etape de evoluție a bolii psihice.

K. Kahlbaum şi E. Kraepelin sunt cei care vor delimita două mari entități clinico-psihiatrice : *demența precoce* şi *psihoza maniaco-depresivă*.

A. Hoche (1932) propune studiul unor sindroame care există în diferitele psihoze. Acestea sunt considerate „entități de ordinul al II-lea" sau mijlociu, respectiv „complexe de simptome" caracterizate prin existența unor legături interne între ele.

K. Bonhoeffer (1911) introduce termenul „tip exogen de reacție". Acesta se caracterizează prin faptul că encefalul, la orice acțiune a unei noxe patogene, toxice sau infecțioase, răspunde printr-o „reacție" care este expresia unui mănunchi limitat de sindroame clinice, reprezentate prin următoarele : delir, agitație epileptiformă, stare crepusculară, halucinoză, amenție. Rezultă de aici că acelaşi tablou clinic poate fi produs de factori etiologici diferiți. Prin aceasta, se pune problema specificității sindroamelor psihopatologice.

Plecând de la analiza „tipului exogen de reacție", A. Mayer pune problema existenței unui „sindrom psihobiologic". Din acest moment, patologia psihiatrică se împarte în două grupe de afecțiuni, respectiv în două „grupe sindromale" :

a) *sindroame organice*, în care este pusă în evidență existența unor leziuni organice ale creierului ;
b) *sindroame funcționale*, în care sunt absente orice fel de leziuni cerebrale, tulburările având o natură exclusiv de tip funcțional.

A.V. Snejnevski vorbeşte despre un sindrom unic sau un „sindrom mare", în sfera căruia distingem următoarele aspecte psihopatologice : *simptome obligatorii*, prezente în mod constant, şi *simptome facultative*, asociate, secundare celor de mai înainte.

Sindroamele psihopatologice sunt consecința unor cauze patogenetice diferite care acționează asupra creierului sau au valoare psihotraumatizantă de tip emoțional. Acelaşi sindrom poate să apară în cursul evoluției clinice a unor boli psihice diferite, aşa cum, în mod egal, aceeaşi boală se poate manifesta prin sindroame diferite. Aceste aspecte stau la baza diferențelor care există între *sindrom* şi *boală*, din punct de vedere psihopatologic.

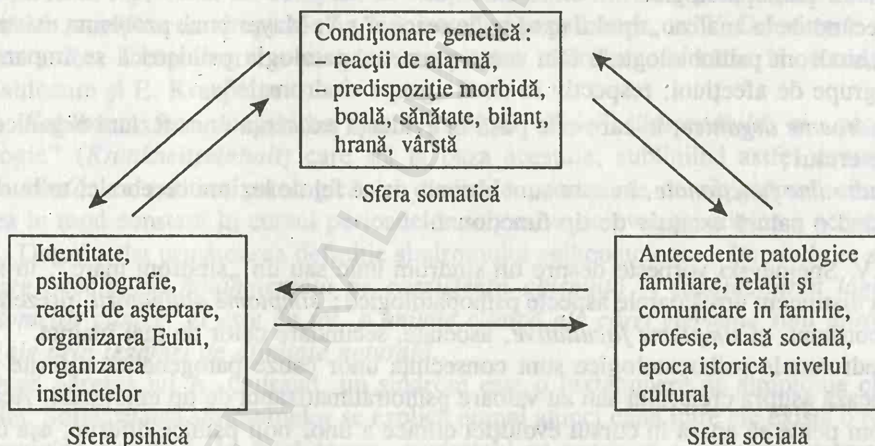
Clasificarea sindroamelor psihopatologice

Clasificarea sindroamelor psihopatologice ridică probleme dintre cele mai diferite şi mai controversate, motiv pentru care se dovedeşte o chestiune dificilă.

J.M. Burchard propune o schemă de orientare sintetică privind conceptele de bază ale psihopatologiei. Aceasta vizează mai multe aspecte, care interesează, pe de o parte, „obiectul", iar pe de altă parte, „metoda" în sfera psihopatologiei. Autorul citat, atunci când propune o delimitare a cadrelor clinice ale sindroamelor psihopatologice, are în vedere trei aspecte, şi anume : *sfera somatică*, *sfera vieții psihice* şi *sfera socială*. Aceste aspecte se pot observa din schemele de mai jos :

Concept	Metodă	Metodologie
Origine sau „grup cauzal”	Nosologie (definirea, descrierea şi clasificarea bolilor psihice)	Analiza sistematică multifuncţională şi alte metode
Influenţe cantitative şi topice		
Sindrom	Simptomatologie comparată	Studiu sistematic
Strat specific		
Simptom	Simptomatologie diferenţială	Fenomenologie
Sindrom specific		

Aşa cum am menţionat deja, în interpretarea sindroamelor psihopatologice, J.M. Burchard face referiri la trei aspecte, pe care le consideră în interacţiune unele cu altele, şi anume: sfera somatică, sfera vieţii psihice şi sfera socială, aşa cum se poate vedea din schema de mai jos.



În psihopatologie, sistematizarea sindromologică este orientată după modelul biologic al medicinei somatice. Acest punct de vedere corespunde necesităţilor psihiatriei clinice, dar se dovedeşte nesatisfăcător pentru psihopatologie.

În ultimul timp s-a impus, în sfera psihopatologiei, sistematizarea sindromologică în raport cu structura personalităţii, privită din punct de vedere biopsihosocial. În sensul acesta, se disting două direcţii principale de orientare: un punct de vedere *dinamic-funcţional* şi un punct de vedere descriptiv, *formal-structuralist*.

După H.H. Wieck, care adoptă punctul de vedere dinamic al tablourilor tulburărilor psihopatologice, acestea pot fi cuprinse într-un sistem tipologic unitar. Este subliniat faptul că în spatele acestui punct de vedere există o nenumărată varietate de experienţe şi reflecţii care nu sunt dirijate numai asupra reprezentării imaginilor anormalităţilor psihice, ci cuprind şi etiopatogenia acestora. În virtutea acestui punct de vedere, inspirat, desigur, din domeniul clinicii psihiatrice, autorul menţionat oferă următoarea clasificare a sindroamelor psihopatologice, după tipul de evoluţie clinică a acestora:

Sindroame reversibile, care privesc *sfera conştiinţei*, a experienţelor trăite de individ, şi în care intră următoarele:

a) sindroamele neurastenice;
b) sindroamele afective;
c) sindroamele delirante endogene;
d) sindroamele halucinatorii;
e) sindroamele delirante organice;
f) sindroamele confuzionale.

Sindroamele ireversibile sunt cele care privesc *sfera personalităţii* şi cuprind următoarele:

1. sindroamele legate de procesele de formare-maturizare psihică:
   a) arieraţia mintală sau oligofreniile;
   b) psihopatiile;
2. sindroamele legate de procesele de deteriorare psihică:
   a) deteriorarea intelectuală de cauză organică cerebrală (demenţele);
   b) deteriorarea personalităţii, consecutivă evoluţiei îndelungate a unui proces psihotic (stările defectuale postprocesuale).

Vom prezenta, în cele ce urmează, principalele caracteristici psihopatologice ale sindroamelor menţionate mai sus.

Sindroamele psihopatologice reversibile

Această grupă cuprinde diferitele „stadii de tulburări psihopatologice ale experienţelor psihice", în diferite grade, forme de intensitate şi aspecte clinice, aşa cum se poate vedea mai jos.

Este de remarcat faptul că între diferitele tipuri de sindroame cu caracter reversibil există relaţii în ceea ce priveşte „gradul de gravitate" a acestora, precum şi „nivelul de restaurare a echilibrului psihic".

Direcţia de succesiune progresivă a sindroamelor din punct de vedere psihopatologic ca gravitate clinică ↓		Sensul de succesiune a sindroamelor în cursul procesului de restaurare a echilibrului psihic tulburat ↑
	1. Sindroame neurastenice	
	2. Sindroame afective	
	3. Sindroame delirante endogene	
	4. Sindroame halucinatorii	
	5. Sindroame delirante organice	
	6. Sindroame confuzionale	

Din schema de mai sus se poate observa că „succesiunea" sindroamelor este condiţionată de viteza de „evoluţie clinică" ce respectă „ordinea" acestora în „scara de gravitate" a tulburărilor psihopatologice. Să vedem, în continuare, care sunt principalele caracteristici ale acestor sindroame.

1. *Sindromul neurastenic* se caracterizează prin scăderea iniţiativei, reducerea sferei de interese, scăderea randamentului, iritare disforică sau dispoziţie depresivă, cefalee, insomnii, inapetenţă, labilitate neurovegetativă.
2. *Sindroamele afective* se caracterizează prin variaţii de dispoziţie emoţional-afectivă, fie de tip depresiv, fie de tip maniacal. În cursul stărilor depresive apar bradipsihia, fenomenele obsesive, ideile delirante de culpabilitate. În stările maniacale apar fuga de idei, logoreea, agitaţia psihomotoare, ideile delirante difuze, uneori sistematizate sub formă de idei de grandoare.
3. *Sindroamele delirante* endogene au caracterul net conturat al unui delir sistematizat, monotematic, de tip endogen, aşa cum este el întâlnit în psihozele delirante sau delirant-halucinatorii cronice, sistematizate.
4. *Sindroamele halucinatorii* se caracterizează prin tulburări de percepţie de tipul halucinaţiilor, în special auditive şi vizuale, cu consecinţe imediate şi profunde asupra personalităţii bolnavilor, având, de regulă, o intensitate psihotică.
5. *Sindroamele delirante organice* sunt caracterizate prin tulburări delirante polimorfe, de tip nesistematizat, slăbire intelectuală, mnezică şi prosexică, legate, de regulă, de existenţa unui substrat lezional organic cerebral.
6. *Sindroamele confuzionale* privesc sfera conştiinţei şi reprezintă diferite grade de alterare psihopatologică a stării de vigilenţă, mergând de la obnubilare, stupoare şi confuzie până la starea de comă de diferite grade ca profunzime.

Grupa *sindroamelor reversibile* descrise mai sus reprezintă o „scară de fenomene vitale biologice şi psihiatrice" ai cărei poli sunt reprezentaţi, la un capăt, de starea de *sănătate psihică*, iar la celălalt capăt, de starea de *boală mintală*. Gravitatea este în raport cu tipul de tulburări psihopatologice, iar formele clinice ale acestor sindroame psihopatologice se desfăşoară între aceşti doi „poli" ai vieţii psihice reprezentaţi prin „normalitatea" şi „anormalitatea" psihică.

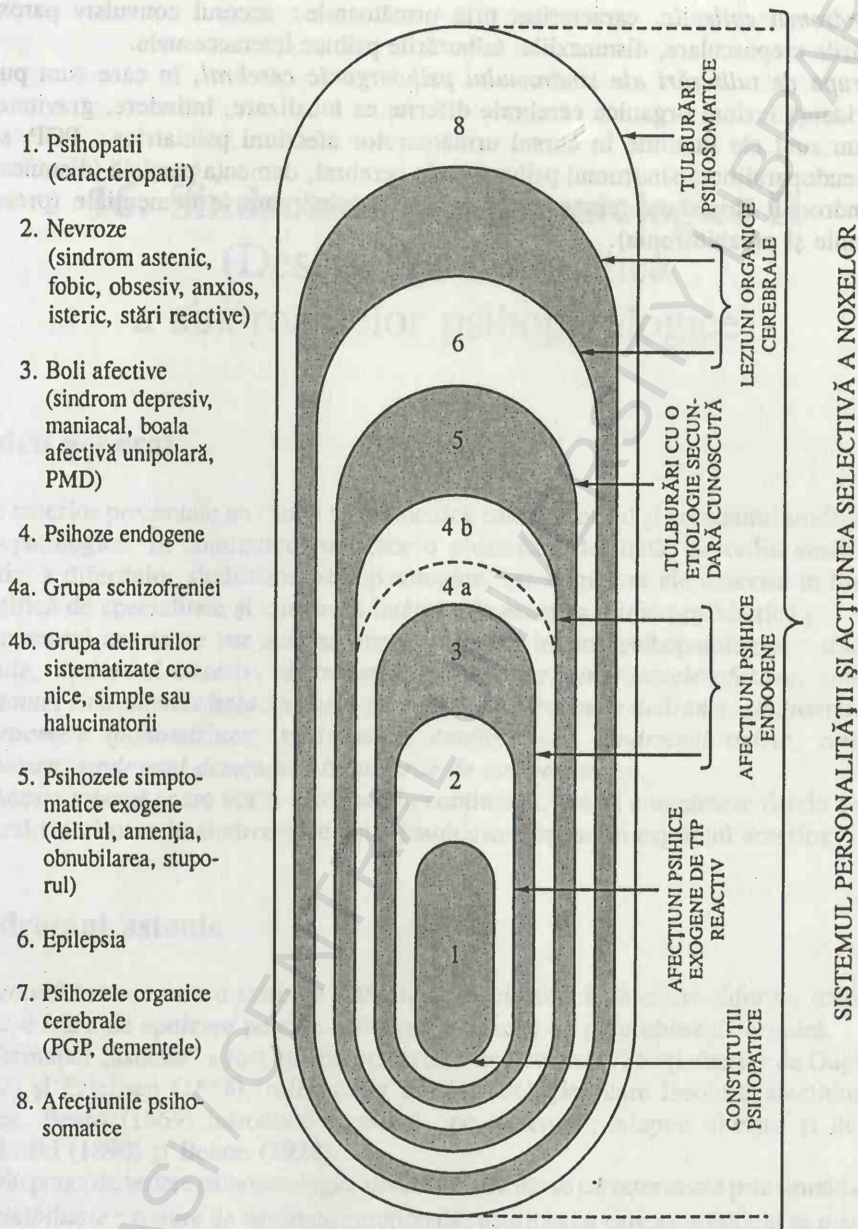
Sindroamele psihopatologice ireversibile

Acest grup de sindroame psihopatologice priveşte sfera personalităţii şi are două aspecte : pe de o parte, se referă la perioada formării personalităţii şi a sferei intelectuale (creştere, maturizare, individualizare, formarea Eului, identitatea persoanei), iar pe de altă parte, priveşte descreşterea sau degradarea ca formă de „degenerescenţă" a intelectului şi a personalităţii individului respectiv. În primul caz, avem de-a face cu stările de *arieraţie mintală* sau *oligofreniile* şi cu *psihopatiile*, pe când în cel de-al doilea caz, cu *demenţele* şi cu *stările defectuale postprocesuale.*

Al doilea punct de vedere psihopatologic din care sunt considerate sindroamele are un caracter descriptiv, de tip formal-structuralist, aşa cum se poate vedea în schema anexă a „clasificării sindroamelor psihopatologice".

În cazul acesta, se au în vedere corelaţia dintre „acţiunea electivă a noxelor" şi „potenţialitatea succesiv-graduală a tulburărilor psihopatologice". În sensul acesta, sunt descrise următoarele grupe de tulburări care reprezintă „sindroame psihopatologice" specifice, aşa cum se poate vedea în continuare.

1. *Sindroamele nevrotice* : astenic, anxios, fobic, obsesiv.



Clasificarea sindroamelor psihopatologice

2. *Sindroamele afective* : depresive, maniacale sau mixte (PMD).
3. *Sindroamele din grupa schizofreniei* : sindromul hebefrenic, catatonic, paranoid, parafrenic, oneiroid.
4. *Grupa de sindroame ale psihozelor simptomatice* de natură exogenă : delirul, amenţia, starea de obnubilare, starea crepusculară, halucinoza verbală.

5. *Sindromul epileptic*, caracterizat prin următoarele: accesul convulsiv paroxistic, stările crepusculare, dismneziile, tulburările psihice interaccesuale.
6. *Grupa de tulburări ale sindromului psihoorganic cerebral*, în care sunt puse în evidenţă leziuni organice cerebrale diferite ca localizare, întindere, gravitate, aşa cum sunt ele întâlnite în cursul următoarelor afecţiuni psihiatrice: PGP, stările pseudoparalitice, sindromul psihoorganic cerebral, demenţa parţială (dismnestică), sindromul Korsakow (amnestic-confabulator, sindroamele demenţiale (presenile, senile şi prezbiofrenia).

16. Sindroamele psihopatologice II (Descrierea sistematică a sindroamelor psihopatologice)

Cadru general

Cele anterior prezentate au căutat să definească natura, cadrul şi conţinutul sindroamelor psihopatologice. În continuare vom face o prezentare detaliată, de ordin analitic-descriptiv, a diferitelor sindroame psihopatologice, aşa cum sunt ele descrise în literatura ştiinţifică de specialitate şi cum sunt întâlnite în practica clinico-psihiatrică.

În sensul acesta se vor analiza următoarele sindroame psihopatologice : *sindromul astenic*, *sindromul obsesiv*, *sindroamele psihopatice*, *sindroamele afective*, *sindromul catatonic*, *sindroamele halucinatoriu-paranoide*, *sindroamele delirante*, *sindromul autist*, *sindroamele ipohondriace*, *sindroamele confuzionale*, *sindromul oniric*, *sindromul Korsakow*, *sindromul demenţial*, *tulburările de comportament*.

Aceste aspecte, care vor fi discutate în continuare, vin să completeze datele de ordin general referitoare la sindroamele psihopatologice expuse în capitolul anterior.

Sindromul astenic

Sindromul astenic este o stare de slăbiciune neuropsihică de cauze diferite, manifestat printr-o stare de epuizare pe care bolnavul o resimte ca pe o oboseală cronică.

Termenul „astenie" a fost utilizat prima dată de Brown (1735) şi ulterior de Dupuytren (1832) şi Erichsen (1868), referitor la stările patologice care însoţeau afecţiunile somatice. Beard (1869) introduce termenul „neurastenie", adoptat ulterior şi de către Kandinski (1890) şi Benon (1928).

Din punct de vedere psihopatologic, sindromul astenic se caracterizează prin următoarele :

a) *iritabilitate* : o stare de labilitate emoţională, uşurinţa cu care se produc şi se manifestă afectele, imposibilitatea bolnavului de a-şi stăpâni sau controla expresiile mimice şi comportamentale. Susceptibilitate crescută, reacţii de mânie la conflicte adesea minore, impresionabilitate crescută, sentimentalism şi plâns facil. Aceste manifestări clinice au tendinţa de a dispărea cu uşurinţă ;
b) *slăbiciune* : are caracter de iritabilitate cu fenomene de epuizare psihică, apatie, astenie fizică şi intelectuală, apariţia oboselii care se instalează uşor, nemotivat şi este de durată ; dismnezie de evocare, dificultate de concentrare a atenţiei şi de înţelegere

a unui raţionament complex, scăderea notabilă a capacităţii de muncă însoţită de pasivitate faţă de impresiile exterioare;
c) *tulburări de somn* cu un caracter polimorf: dificultatea de a adormi, pierderea senzaţiei de a fi dormit, somn superficial şi neliniştit, trezire matinală cu impresia de a nu se fi odihnit, stare de somnolenţă diurnă asociată cu agripnie nocturnă;
d) *tulburările neurovegetative* sunt frecvente şi se manifestă sub forma unei cefalee „în cască", asociată cu senzaţia de „tensiune interioară" a capului. Se mai notează variaţii ale valorilor tensiunii arteriale, labilitatea pulsului, palpitaţii, dispnee.

B.S. Bamdas distinge în cadrul stărilor astenice patru forme de tulburări grupate în următoarele:
a) *hipostenia*, constând în predominanţa simptomelor iritative;
b) *sindromul slăbiciunii iritabile*, în care excitabilitatea crescută este asociată cu o stare de slăbiciune sau astenie;
c) *sindromul hipostenic* sau de *epuizare*, în care predomină, pe primul plan, fenomenele de slăbiciune şi astenie;
d) *sindromul asteno-vegetativ* şi *asteno-ipohondriac*, în care tabloul clinic este dominat de tulburările neurovegetative, ideile iponhondriace, obsesii, fobii etc.

Cauzele care pot produce un sindrom astenic sunt multiple, şi anume:
- boli toxice şi infecţioase (gripă, febră tifoidă, malarie, tifos, TBC);
- boli somatice (cardiopatii, hipertensiune arterială, ulcer gastric, colită, boli hepatice);
- boli endocrine (insuficienţă tiroidiană, maladia Adison, insuficienţă ovariană);
- boli organice cerebrale (scleroză în plăci, tumori cerebrale, sifilis nervos, traumatisme cranio-cerebrale care pot genera „cerebrastenia posttraumatică" sau „sindromul subiectiv comun" etc.);
- în fazele de debut al unor boli psihice grave (schizofrenie).

Sindromul obsesiv

Fenomenele obsesive sunt reprezentate prin gânduri, amintiri, impresii patologice care apar independent şi împotriva voinţei bolnavului, repetându-se permanent şi incoercibil; bolnavul este conştient de falsitatea acestora, dar, cu toate acestea, nu se poate elibera de ele.

F. Leuret descrie, la începutul secolului al XVII-lea, agorafobia. Moritz (1783) descrie frica obsedantă de apoplexie. Esquirol descrie monomaniile, iar Trélat delimitează *la folie lucide.* R. van Kraft-Ebbing (1867) le va numi tulburări obsesive (*Zwangsvorstellungen*), termen care va fi preluat de A. Wesiphal. P. Janet, la sfârşitul secolului al XIX-lea, descrie cadrul clinic al psihasteniei.

Pentru M. Dide şi P. Guiraud, obsesiile se caracterizează prin următoarele aspecte psihopatologice:
a) o stare de anxietate asociată cu elemente mintale şi organice;
b) pătrunderea în sfera conştiinţei a unui sentiment, a unei idei sau tendinţe care este în dezacord cu personalitatea bolnavului şi de care, cu toate încercările acestuia, nu se poate debarasa;
c) bolnavul se simte asaltat de o „putere străină", exterioară şi opusă voinţei sale, de a cărei absurditate este conştient;
d) orice obsesie presupune atât repulsie, cât şi dorinţă din partea bolnavului.

Fenomenele obsesive sunt extrem de variate şi constau din următoarele:

1. *Ideile obsedante*: au un caracter de ruminaţii intelectuale şi neproductive (Legrand du Saulle, P. Janet). Ele au, de regulă, un caracter interogativ (aritmomania, onomatomania, evocarea obsedantă, idei contrastante în totală opoziţie cu sentimentele, concepţiile şi atitudinile bolnavului, îndoiala obsedantă sau *la folie du doute*).
2. *Fricile obsedante* sunt temeri nejustificate ale bolnavului reprezentate prin: agorafobie, claustrofobie, ereutofobie, nosofobie, dismorfofobie etc.
3. *Impulsiunile obsedante* sau „obsesiile impulsive" constau în apariţia în câmpul conştiinţei a unor porniri puternice, irezistibile de a comite acte fără sens, ridicole, absurde sau chiar agresive, de tip criminal. M. Dide şi P. Guiraud izolează, în cadrul impulsiunilor obsesive, următoarele tipuri principale de manifestări:
   a) impulsiuni obsesive orientate către acte banale, minore, dar absurde (ticuri, cuvinte obscene, gesturi etc.);
   b) impulsiuni obsesive cu caracter de violenţă (piromanie, clastromanie, homicid);
   c) impulsiuni obsesive variate de tip sexual;
   d) impulsiuni obsesive suicidare prin deturnarea sau anularea instinctului de conservare.
4. *Acţiunile obsedante* sunt acţiuni motorii pe care individul le execută împotriva voinţei sale şi de a căror absurditate este conştient, dar cărora nu le poate opune rezistenţă.

Cauzele sindromului obsesiv sunt multiple. Se consideră că, în geneza acestuia, anxietatea ocupă un loc esenţial. Elementele ideative sau acţiunile impulsive, cu caracter obsesional, nu constituie decât manifestarea secundară a acesteia. Orice bolnav de acest fel va da o formă intelectuală propriei nelinişti, uneori cu o mare bogăţie imaginativă, exprimată prin forma şi conţinutul obsesiilor.

Tulburările obsesive pot fi întâlnite în numeroase afecţiuni psihiatrice, cum ar fi:

- în simpla stare de oboseală;
- în stările astenice febrile, postinfecţioase etc.;
- în cursul neurasteniei;
- în nevroza obsesivo-fobică;
- în mod episodic la psihopaţii psihastenici;
- în stadiul iniţial la bolnavii cu hipertensiune arterială;
- în stadiul terminal al encefalitei epidemice;
- în epilepsie, având un caracter paroxistic ca simptom al unei stări disforice;
- în cursul fazei depresive a PMD.

Din punct de vedere psihanalitic, S. Freud distinge două laturi psihopatologice la sindromul obsesiv, şi anume:

a) *reacţia fobică*, înţeleasă ca o formă de apărare a bolnavului împotriva anxietăţii, ieşită dintr-o sursă inconştientă prin deplasarea acestei anxietăţi asupra unui obiect care-i simulează cauza;

b) *reacţia obsesivă*, conform căreia în actele compulsive există de asemenea o deplasare a anxietăţii spre acte asimbolice care, întocmai unui ritual, anulează instinctele neacceptate de sfera Eului conştient.

O categorie importantă de tulburări psihopatologice legate în mod direct de tulburările obsesive o reprezintă *fobiile*. Se consideră că de fiecare dată când o obsesie se manifestă în mod dominant printr-o teamă angoasantă şi nejustificată ne găsim în faţa unei *fobii*.

Orice fobie este *o stare de teamă* sau reprezintă *un obiect precis*, căruia bolnavul nu i se poate opune, fiind dominat de acesta.

Din punct de vedere tematic, fobiile au o extrem de mare varietate. În general, majoritatea specialiştilor preferă să le sistematizeze în următoarele grupe :

a) *fobii de obiecte* : arme, obiecte murdare, sânge, dejecţii etc. ;
b) *fobii de locuri* : spaţii goale (agorafobie) sau spaţii închise (claustrofobie), cale ferată, cimitire, adâncime sau înălţime etc. ;
c) *fobii de boli* sau nosofobii, cele reprezentate prin frica patologică a unor bolnavi de microbi, boli interne, boli contagioase, în special cele venerice, turbare, frică de bolile psihice etc. ;
d) *fobii raportate la factorii fizici naturali* : apă, mare, munte, tunet, întuneric etc. ;
e) *fobii pentru fiinţe vii* : păianjeni, câini, pisici, şoareci, şerpi etc. ;
f) *fobii legate de funcţii biologice* : somn, mers, respiraţie, deglutiţie, teama de a nu roşi în public, mirosuri neplăcute etc. ;
g) *fobii legate de relaţiile sociale* : fobia de a nu comite gafe, impoliteţe, de a nu uita, de a nu greşi, de a nu comite crime involuntare etc. ;
h) *fobii morale şi religioase* : scrupule, mărturie mincinoasă, păcat, sacrilegiu etc.

Sindroamele psihopatice

Sindroamele psihopatice sunt alterări sau trăsături anormale de caracter (*caracteropatii*) care se manifestă în activitatea voluntară a individului, în relaţiile acestuia cu lumea şi cu el însuşi. Ele se caracterizează prin dizarmonie, dezechilibru, instabilitate psihică, labilitate emoţională, nesiguranţă de sine, iritabilitate şi nestăpânirea reacţiilor afective şi comportamentale, tulburări ale nevoilor sexuale, tulburări de tip caracterial-moral.

Rezultă din cele de mai sus că sindroamele psihopatice sau stările de dezechilibru psihic reprezintă stări psihice permanente, independente de orice atingere psihotică şi care se manifestă prin imposibilitatea unui subiect de a avea un mod de existenţă armonios, în conformitate cu interesele sale, şi de a se putea adapta la exigenţele vieţii sociale. Aceste stări au o mare importanţă atât din punct de vedere psihiatric, cât şi social.

Descrise iniţial de A. Morel în cadrul teoriei referitoare la degenerescenţă, ele au fost preluate de V. Magnaţi, E. Dupré, A. Delmas, care au remarcat caracterul lor constituţional, ereditar. Ele au fost incluse în nosografie de către K. Kraepelin şi E. Kretschmer, dar cel care le-a descris în mod amănunţit şi le-a clasificat a fost K. Schneider, denumindu-le „personalităţi psihopatice".

Sindroamele psihopatice se caracterizează prin două trăsături psihopatologice principale, şi anume :

a) sunt anomalii psihofiziologice limitate, manifestate prin tulburări de comportament specifice ;
b) reprezintă structuri anormale, interesând unele sectoare ale personalităţii umane şi care duc la modele aberante de existenţă şi adaptare ale acestor indivizi.

Din punct de vedere clinico-psihiatric, A. Delmas descrie două mari grupe de personalităţi psihopatice :

1. *Dezechilibraţii simpli* : cei ce prezintă hiperemotivitate, stări astenice constituţionale, instabilitate psihomotoare, ciclotimie, paranoia constituţională, schizofrenie sau constituţie schizoidă, epileptoidă, glischroidă-vâscoasă sau bradipsihică.
2. *Dezechilibraţii majori* : reprezintă o categorie mai nuanţată :
   a) subiecţii care au reuşit, într-o anumită privinţă, să se adapteze la un tip de mediu, care este el însuşi anormal, viciat ;
   b) stările nevrotice dezvoltate pe un teren constituţional anormal psihic, de slăbire a conştiinţei morale ;
   c) stările de intensitate psihotică ce necesită internarea bolnavilor ;
   d) stările perverşilor, corespunzând cu *moral insanity* al autorilor englezi, cu *folie morale* a autorilor francezi sau cu *anetopaţii* lui Karpman (mitomani, perverşi sexuali, sadici, huligani, vagabonzi, piromani) ;
   e) oligofrenii cu tulburări de comportament de natură psihopatică, diferiţi de cei „liniştiţi", educabili şi adaptabili, fireşte, în limita gradului oferit de oligofrenie.

Din punct de vedere psihogenetic, factorii psihopatologici incriminaţi în geneza acestor tipuri de sindroame psihopatologice sunt următorii :
- constituţia eredo-psihică de tip dezechilibrat ;
- inducţia modelului parental (familie dezorganizată, răul model, frustrări, carenţe educaţionale) ;
- rezonanţa psihogenă (respingere, ostilitate, excludere, agresivitate în familie) ;
- carenţa de autoritate (absenţa modelului, incapacitatea de a dobândi un rol) ;
- mediul social de supravieţuire ;
- episoadele spectaculare şi accidentale ale vieţii, cu valoare reactivă, care vor conduce la anumite „fixaţii caracteriale" patogene.

Sindroamele afective

Sindroamele psihopatologice afective cuprind o gamă importantă şi largă de manifestări psihice anormale, în care intră : sindromul maniacal, sindromul depresiv, instabilitatea psihoafectivă la copii şi tineri, sindromul anxios. Le vom prezenta pe rând în continuare.

1. *Sindromul maniacal*

Sindromul maniacal este o entitate clinică specială şi autonomă, un sindrom general de excitaţie psihomotoare, cu o evoluţie în general ciclică, adesea de natură constituţională şi endogenă, uneori însă şi secundar reactiv (A. Porot).

Acesta se caracterizează printr-o dispoziţie afectivă exaltată, de tip euforic, fugă de idei ce poate ajunge la o stare de incoerenţă, polipragmazie, instabilitate motorie, agitaţie, logoree, gândire prin asonanţă, adesea un limbaj de tip moriatic.

Din punct de vedere psihopatologic, se notează următoarele tipuri de tulburări specifice :
- tulburări de dispoziţie afectivă de tip euforic ;
- tulburări intelectuale (atenţie flotantă, inconstanţă, fugă de idei, asonanţă, divagaţii) ;

– tulburări de activitate (polipragmazie, agitaţie psihomotoare, logoree etc.) ;
– tulburări fizice generale (insomnii, tulburări endocrine, tiroidiene sau ovariene, creşterea apetitului alimentar).

În ceea ce priveşte formele clinice ale sindromului maniacal, acestea sunt următoarele :

a) excitaţia maniacală simplă sau „mania verbală", în care accelerarea ritmului gândirii şi hiperactivitatea sunt de mică intensitate ;
b) mania coleroasă, caracterizată prin reacţii de mânie şi irascibilitate crescută ;
c) mania confuzională sau incoerentă, înrudită cu sindromul amenţial prin caracterele sale de degradare profundă şi incoerenţă în gândire şi activitate ;
d) mania supraacută sau „furoarea maniacală", asociată cu abolirea stării de conştiinţă şi stări onirice ;
e) hipomania, o stare de excitaţie maniacală mult atenuată, minoră. Sindromul maniacal poate fi întâlnit în faza maniacală a PMD, în psihozele afective ale bătrânilor, în PGP, în cursul tulburărilor psihice legate de maternitate, în hipertiroidism şi hiperfoliculinism.

2. *Sindromul depresiv*

Sindromul depresiv constă într-o scădere trecătoare sau durabilă a dispoziţiei psihice sau a tonusului psihic. În cadrul sindromului depresiv se notează existenţa a două componente clinice : una de natură *fizico-somatică* şi alta de natură *psihoafectivă*.

Componenta fizico-somatică se caracterizează prin activitate redusă, gesturi limitate şi puţine, mimică precară cu aspect trist ; bolnavul se mişcă încet, puţin sau preferă să stea în pat, inert, cu privirea în gol, inexpresiv. Sunt acuzate o stare de oboseală generală inexplicabilă, insomnii. Se notează prezenţa unor tulburări de ordin neurovegetativ, cum ar fi : scădere ponderală, inapetenţă, stare saburală, constipaţie, bradipnee, hipotensiune arterială.

Componenta psihoafectivă se caracterizează printr-o scădere generală a tonusului psihic. Se notează următoarele aspecte psihopatologice : astenie fizică, scăderea randamentului intelectual, slăbirea atenţiei, dificultăţi de evocare mnezică, oboseală rapidă la cel mai neînsemnat efort, slăbirea voinţei, dispoziţie tristă, senzaţie de apăsare sufletească, depresivitate de diferite intensităţi, sentiment de inferioritate, nelinişte anxioasă, durere morală, sentiment de culpabilitate, o atitudine de pesimism şi deznădejde legată de viitor, restrângerea sferei intereselor, a comunicării, voce şoptită, limbaj sărac. La aceste tulburări cu caracter afectiv se adaugă adesea tulburări din sfera gândirii, de tipul unui „delir melancolic" (idei de culpabilitate şi autoacuzare, idei de ruină, sărăcie, doliu, idei ipohondriace, idei de negaţie). Un aspect caracteristic, care apare destul de constant asociat în sindromul depresiv, sunt ideile sau tentativele de suicid.

Din punct de vedere psihopatologic, *sindromul depresiv* poate lua aspecte clinico-psihiatrice diferite, în raport cu conţinutul. În sensul acesta, se descriu următoarele tipuri :

a) *sindromul melancolic*, caracterizat prin depresie gravă, imobilitate motorie, bradipsihie, anxietate, delir melancolic, sindromul Cottard ;
b) *sindromul depresiv-anxios*, forma în care, din punct de vedere psihopatologic, predomină, alături de depresivitate, o stare marcată de nelinişte anxioasă ;
c) *sindromul ipohondriac*, marcat de asocierea la starea depresivă a cenestopatiilor şi ideilor ipohondriace ;

d) *sindromul asteno-depresiv*, forma care asociază depresivităţii o stare marcată de astenie cu bradikinezie şi bradipsihie ;
e) *sindromul de depersonalizare*, tulburarea psihopatologică ce asociază depresiei tulburări de depersonalizare, idei de imortalitate şi suferinţă morală ;
f) *sindromul depresiv-obsesiv*, care asociază în acelaşi tablou clinic depresia cu preocupările obsesive.

În ceea ce priveşte cauzele sindromului depresiv, acestea pot fi numeroase ; le menţionăm pe următoarele :
- cauze exogene, de natură psihotraumatizantă emoţional, aşa cum apar ele în cazul nevrozelor sau al reacţiilor depresive ;
- cauze endogene, cum sunt formele psihotice de depresie (boală afectivă, PMD) ;
- depresia de involuţie din perioada de climacteriu ;
- depresia vasculară din cursul hipertensiunii arteriale sau al arteriosclerozei cerebrale, legată de un fond organic cerebral vascular ;
- depresia de origine organică cerebrală din cursul PGP, neurosifilisului, encefalitelor, tumorilor cerebrale, traumatismelor cerebrale, bolii Parkinson, coreelor cronice etc. ;
- depresia secundară consecutivă unor afecţiuni somatice de natură infecţioasă, toxică, endocrină, metabolică ;
- depresia care apare în cursul tratamentului cu medicamente psihotrope administrate incorect şi pe durată lungă.

3. *Instabilitatea psihoafectivă*

Numeroşi autori au descris o stare de instabilitate emoţional-afectivă complexă, asociată cu o instabilitate motorie şi modificări intelectuale şi comportamentale, care apare de regulă la copii şi adolescenţi (H. Abramson). Ea pune serioase probleme de adaptare-integrare familială, şcolară şi socială. În sensul acesta, H. Abramson descrie următoarele forme clinice :

1. *Instabilitatea psihomotoare pură*. Aceste cazuri se caracterizează prin următoarele trăsături psihopatologice : impulsivitate, turbulenţă, înclinaţie spre mânie, nesupunere, încăpăţânare, dezordonare, împrăştiere, violenţă. Bolnavii vor să domine într-o manieră puerilă ; recurg la frecvente fugi şi manifestă tendinţă la vagabondaj.
2. *Debilii instabili*. Aceştia au o ereditate încărcată din punct de vedere psihopatologic, notându-se în antecedentele lor episoade meningitice, convulsii, epilepsie, suicid, familii de origine dezorganizate, tulburări caracteriale, copii abandonaţi sau naturali. Din punct de vedere clinic, se notează o stare de retard intelectual ; sunt neatenţi, apatici, foarte lenţi în privinţa efortului intelectual, dar, în rest, agitaţi psihoemoţional şi turbulenţi, sugestibili, încăpăţânaţi, impulsivi.
3. *Instabilii emotivi*. La aceste cazuri se notează o ereditate psihopatică foarte încărcată. Reacţiile lor emoţional-afective se caracterizează prin următoarele : agitaţie, nelinişte, susceptibilitate, inhibiţie, crize scurte de mânie, variaţii de dispoziţie afectivă ; capricii, încăpăţânare, indisciplină, dezordine, lene, autoritarism, irascibilitate. Tinerii sunt temători şi au somnul agitat, mai târziu devin brutali şi susceptibili. Sunt capabili de generozitate şi devotament ce nu durează însă multă vreme, în cursul acceselor de disperare pot comite acte de suicid care însă sunt repede uitate. Fugile şi furtul au un caracter impulsiv şi sunt mai rar semnalate.

4. *Instabilii paranoici*. La aceşti indivizi, reacţiile afective sunt caracteristice şi constau din următoarele trăsături psihopatologice : egocentrism, orgoliu, neîncredere, susceptibilitate, agresivitate, nevoia de a comanda şi de a se impune. Sunt vanitoşi şi au o bună impresie despre ei. Când se simt slabi, devin ipocriţi şi supuşi. În familie îi terorizează pe cei slabi, sunt cinici, răi şi afişează indiferenţa. Adesea îşi calomniază părinţii şi se cred insuficient iubiţi de aceştia. Iritabili, mânioşi, încăpăţânaţi, nu admit să li se facă observaţii. Au o imaginaţie morbidă. Leneşi şi instabili în activitatea profesională, îşi schimbă frecvent locul de muncă. Manifestă tendinţă la fugă şi furt utilitar neînsoţit de regrete sau remuşcări. Mitomanie utilitară.
5. *Instabilii cu tendinţe perverse*. Aceştia au şi ei o ereditate încărcată (nevroze, etilism, TBC, meningită, sifilis). Din punct de vedere psihopatologic, notăm somn agitat, anomalii sexuale cu erotism precoce, dezvoltare intelectuală normală sau chiar peste medie, indiferenţă afectivă cu tendinţă la închidere în sine. Sunt ipocriţi si ironici, încăpăţânaţi, mânioşi, indisciplinaţi, mitomani şi profitori. Se notează furturi frecvente.
6. *Perverşii instabili*. Au o ereditate foarte încărcată, în special pe linie caracterială. Părinţii sunt adesea taraţi. Somnul le este agitat. Turbulenţi şi zgomotoşi, sparg, rup, strică. Au un limbaj vulgar, trivial, injurios. Sunt mitomani, obraznici şi calomniatori, răzbunători cu tendinţă la dominare. Viaţa sexuală apare precoce. Sunt leneşi şi inactivi, cu performanţe şcolare mediocre.
7. *Instabilii intermitenţi*. Au o ereditate psihopatică foarte încărcată. Manifestările au o tendinţă de apariţie ciclică. Posedă inteligenţă normală sau peste medie. Sunt emotivi, susceptibili, neliniştiţi şi obosesc uşor. Au o voinţă slabă. Sunt foarte afectuoşi cu unele persoane şi reţinuţi cu altele.
8. *Instabilii epileptici*. La aceştia se notează o ereditate epileptică, trăsături psihopatice, etilism şi TBC în antecedente. Au frecvente tulburări de caracter de tipul nervozităţii asociate cu violenţă şi crize de mânie, stigmate de degenerescenţă fizică, somnambulism, emotivitate şi frică crescute. Nivelul intelectual este normal. Manifestă tendinţă la clastomanie, rupând şi distrugând obiecte, cruzime faţă de animale.
9. *Instabilii simptomatici*. La aceşti indivizi, tulburările apar ca o consecinţă a unor afecţiuni diferite, de regulă postinfecţioase sau posttraumatice. Ca manifestări clinice se notează următoarele : onicofagia, coşmaruri nocturne, tulburări de somn, tulburări afective asociate cu tulburări de caracter (neascultare, obrăznicie, încăpăţânare, iritabilitate, gelozie, violenţă, emotivitate, sugestibilitate, capricii etc.).

4. *Sindromul anxios*

Anxietatea este o stare de nelinişte psihopatologică, definindu-se în trei moduri :
1. Sentiment al unui pericol iminent, nedeterminat obiectual, al unui pericol neprecizat care ar urma să se producă. Acest sentiment se însoţeşte de elaborarea de fantasme care amplifică totul, ridicând situaţia la proporţiile unei drame.
2. O atitudine de aşteptare în faţa unui pericol, având caracterul unei veritabile stări de alertă care invadează individul în totalitatea sa, asociată cu impresia unei catastrofe imediate.
3. Convingerea unei imposibilităţi absolute de a acţiona, la care se asociază sentimentul propriei dezorganizări şi al aneantizării persoanei respective în faţa pericolului.

Anxietatea, ca reacţie afectivă specifică, se asociază cu reacţii neurovegetative diferite, cum ar fi dificultăţi respiratorii şi cardiace, dispnee, tahipnee, puls accelerat, paloare, scăderea tonusului muscular sau spasme musculare, uscăciunea gurii. Aceste reacţii sunt similare celor descrise în cursul stărilor de stres.

Brissaud (1890) face distincţia dintre anxietate, ca reacţie emoţională pură, şi angoasă, care este o reacţie emoţională cu o mare încărcătură somatică.

Stările anxioase interesează în mod egal şi fiinţa morală, fiind trăite ca nişte manifestări intime ale persoanei, pe când stările de angoasă, mult mai elementare, cu caracter periferic, sunt trăite în special în plan fizico-somatic.

Din punct de vedere clinic, *sindromul anxios* este unul dintre elementele fundamentale ale psihopatologiei. H. Ey descrie următoarele forme de manifestare a sindromului anxios:

1. *Crizele anxioase* sunt crize de anxietate paroxistică ce pot avea aspecte diferite: stupoare, agitaţie, onirism confuzional, stare de perplexitate. Ele apar în următoarele situaţii: stări confuzionale, psihoze periodice, episoade epileptice, în formele de debut ale schizofreniei şi demenţelor.
2. *Structura anxioasă* poate fi o trăsătură dominantă şi fundamentală a unor personalităţi de tip morbid. Ea se poate prezenta sub următoarele variante clinice: *nevroze anxioase şi anxietăţi constituţionale* având la bază tipul de „constituţie emotivă" (E. Dupré) sau pe cel de „autoinsecuritate" (K. Schneider). Aceasta poate fi întâlnită în cursul stărilor neurastenice, ipohondriace şi cenestopate, în obsesii, fobii, paranoia interpretativă sau halucinatorie, în unele forme de schizofrenie.
3. *Angoasa* din cursul unor afecţiuni organice, somatice, cum ar fi angina pectorală, astmul bronşic, septicemiile, difteria, scarlatina, hipertiroidia şi hipoglicemia.

Sindromul catatonic

Sindromul catatonic este un sindrom psihic şi psihomotor interesând în principal activitatea motorie voluntară.

Descris iniţial de Kahlbaum (1863, 1874) sub numele de *Spannung-irresein* – demenţa de tensiune –, pe care o consideră o grupare nosologică bine individualizată, caracterizată prin episoade psihomotoare în cursul cărora apar stări de stupoare, melancolie şi manie, cu evoluţie către demenţă. K. Kraepelin include aceste tulburări în tabloul clinic al demenţei precoce, considerându-le o formă clinică a acestei boli. Ulterior, se constată că elementele catatoniei pot apărea atât în cazul schizofreniei, cât şi în psihozele toxi-infecţioase, confuzionale sau în melancolie.

K. Baruk şi de Jong au realizat tablouri experimentale de catatonie prin injectarea la pisică a bulbocapninei. Stări catatonice mai pot apărea în cursul terapiei cu neuroleptice, ca efecte secundare (sindromul neuroleptic extrapiramidal).

Bolnavul catatonic are un aspect înţepenit, ca de statuie. El este fie aşezat în decubit lateral, fie chircit, fie în poziţie fetală, fie în picioare, cu capul flectat pe spate. Orice tentativă de mobilizare, interogare sau alimentare a bolnavilor este sortită eşecului. În spatele acestei tulburări se află o stare de „opoziţie negativistă". Pot exista însă şi situaţii în care este posibilă mobilizarea pasivă a unor segmente corporale care, din cauza

hipotoniei musculare, de data aceasta, dau impresia unei „flexibilităţi ceroase". Se mai notează în cadrul simptomatologiei acestui sindrom stereotipii de atitudine, gestică, mimică şi limbaj, grimase, manierisme etc.

Din punct de vedere psihopatologic, sindromul catatonic are două forme clinice de manifestare : *stupoarea catatonică* şi *agitaţia catatonică*. Le vom prezenta în continuare.

1. *Stupoarea catatonică* se caracterizează, din punct de vedere psihopatologic, prin următoarele manifestări : imobilitatea bolnavului, hipertonie musculară, păstrarea atitudinilor impuse de experimentator (flexibilitate ceroasă, catalepsie), negativism (împotrivire sau opoziţie activă sau pasivă la mişcări), mutism. Stupoarea catatonică poate fi de trei feluri :
   - stupoare cu flexibilitate ceroasă, negativism, imobilitate, mutism ;
   - stupoare cu hipertonie musculară cu imobilitate, mutism, hipertonie musculară, poziţii bizare ;
   - stupoare negativistă cu imobilitate şi mutism, hipertonie musculară.
2. *Agitaţia catatonică* apare în mişcări, scris, vorbire. Ea are un caracter bizar, nefiresc, este lipsită de unitate, incoerentă, fără un scop (parachinezia, descrisă de Kleist). Din punct de vedere psihopatologic, agitaţia catatonică poate fi :
   - agitaţie confuzo-patetică ;
   - hebefrenocatatonia ;
   - agitaţia impulsivă ;
   - agitaţia catatonică.

Sindroamele halucinatoriu-paranoide

Acestea reprezintă un grup de sindroame psihopatologice caracterizate prin tulburări de ordin perceptiv (halucinaţii) asociate sau nu cu tulburări de gândire de tip delirant, având de regulă un caracter sistematizat, de tip paranoid. În cadrul *sindroamelor halucinatoriu-paranoide* sunt cuprinse următoarele forme clinice :

1. *Halucinoza*, descrisă de Wernicke, care constă în halucinaţii auditive însoţite de un delir tematic de urmărire sau de prejudiciu. În cazul lor, sunt conservate orientarea, posibilitatea de înţelegere şi coerenţa, dar se notează o stare de anxietate. Halucinoza apare în psihoza alcoolică, în „tipul exogen de reacţie" (K. Bonhoeffer), în intoxicaţii sau infecţii.
2. *Sindromul paranoic* este reprezentat printr-un delir interpretativ bine sistematizat din punct de vedere tematic (gelozie, invenţie, persecuţie etc.), din care lipsesc halucinaţiile, pseudohalucinaţiile şi automatismul mintal. Conştiinţa rămâne clară, gândirea şi comportamentul sunt coerente şi ordonate. Acest sindrom este caracteristic pentru paranoia.
3. *Sindromul paranoia* constă într-un delir sistematizat de interpretare (de obicei, de persecuţie), însoţit de halucinaţii adevărate, de pseudohalucinaţii şi de automatism mintal.
4. *Paranoidia acută* este un sindrom paranoid tranzitoriu, manifestat sub forma unui delir de persecuţie cu conţinut concret şi apropiat de realitate, cu halucinaţii verbale izolate, stare de anxietate şi uşoară confuzie.
5. *Sindromul* Kandinski-Clérambault sau *sindromul de automatism mintal* constă în asocierea pseudohalucinaţiilor cu delirul de persecuţie sau de influenţă. A. Porot,

notează faptul că „prin automatism mintal se înţelege funcţionarea independentă şi spontană a întregului sau a unei părţi a vieţii psihice, în afara oricărui control al voinţei sau chiar al conştiinţei". H. Claude l-a numit „sindrom de acţiune exterioară", P. Guiraud vorbeşte de „fenomene xenopatice", iar G. de Clérambault l-a numit „automatism mintal".

Din punct de vedere psihopatologic, sindromul Kandinski-Clérambault se manifestă prin câteva aspecte principale, aşa cum se poate vedea în continuare:

a) *automatismul ideo-verbal* sau asociativ, caracterizat prin următoarele aspecte:
   – enunţarea, comentarea actelor sau a gesturilor însoţind pseudohalucinatoriu toate gesturile şi actele bolnavului;
   – ecoul gândirii şi al lecturii;
   – furtul şi ghicirea gândirii;
   – uitări provocate sau depanarea de amintiri neplăcute;
   – senzaţia de stranietate a gândirii, de ideaţie impusă sau provocată, mentismul xenopatic;

b) *automatismul senzorial şi senzitiv*, caracterizat prin următoarele manifestări psihopatologice: false percepţii, extero- şi interoceptive, care parazitează percepţiile normale ale individului;

c) *automatismul psihomotor* sau chinetic, caracterizat prin senzaţia de mişcare forţată percepută de bolnav în musculatură, articulaţii, laringe, buze, limbă;

d) *automatismul mintal asociat cu delirul de influenţă*, caracterizat prin următoarele aspecte psihopatologice:
   – bolnavul se simte condus de la distanţă de agenţi, organizaţii, institute de cercetare ştiinţifică;
   – bolnavul crede că asupra lui se acţionează prin curenţi electrici, hipnoză, energie atomică, radiaţii diverse, i se citesc gândurile etc.;
   – bolnavul are impresia că este dirijat de la distanţă prin telepatie etc.;
   – bolnavul afirmă că se simte supravegheat prin televiziune, i se instalează microfoane de ascultare etc.;

e) *amintirea pseudohalucinatorie*, care constă în apariţia bruscă a unei evocări eronate, concretă în toate detaliile ei şi putând atinge gradul de intensitate a unei pseudohalucinaţii vizuale. Conţinutul său este reprezentat printr-un eveniment situat în trecut, uitat de bolnav şi care devine sursa unor idei delirante. Tot în această grupă de tulburări intră şi „tranzitivismul", care constă în convingerea bolnavului că nu numai el aude glasurile interioare sau simte influenţa exterioară, ci şi celelalte persoane din anturajul său se află sub aceeaşi influenţă;

f) *sindromul parafrenic*, un sindrom halucinatoriu-paranoid sistematizat, în care afectivitatea şi personalitatea bolnavului sunt conservate pentru o perioadă lungă de timp. El apare în cursul evoluţiei parafreniei (E. Kraepelin, 1907), afecţiune psihotică considerată foarte apropiată de schizofrenie. Sindromul parafrenic poate avea mai multe forme clinice:
   – *parafrenia expansivă*, în care întâlnim un delir de urmărire grandios şi extravagant;
   – *parafrenia fantastică*, cu un delir de tip fantastic constând în povestirea de către bolnav a unor întâmplări aventuroase şi inconsecvente;
   – *parafrenia confabulatorie*, în cursul căreia delirul are ca surse automatismul mintal şi halucinaţiile adevărate, iar alteori, confabulaţii paramnezice.

Sindroamele delirante

Această grupă cuprinde toate cazurile de „alienaţie a persoanei" caracterizate printr-o tulburare permanentă a raporturilor intelectuale, afective şi sociale ale Eului cu celelalte persoane şi realitatea. Aceste tulburări psihotice cronice sunt caracterizate din punct de vedere psihopatologic prin *delir*, în sensul de „alterare a sistemului realităţii", reflectând modul de organizare „vesanică" a personalităţii. Grupa sindroamelor delirante, denumite de psihiatrii secolului al XIX-lea paranoia (*Verrucktheit*), cuprinde două subgrupe: *grupa schizofreniilor* şi *grupa delirurilor cronice sistematizate*.

Esquirol, referindu-se la delir, spunea, în 1814, următoarele: „Un om este în delir atunci când ideile sale nu sunt în raport cu senzaţiile sale, atunci când judecata şi determinările acesteia nu sunt în raport cu ideile, sentimentele şi determinările acestora, independent de voinţa sa". Din această definiţie rezultă că *starea delirantă* se caracterizează prin următoarele aspecte psihopatologice:
– un dezacord cu realitatea;
– dezordinea vieţii psihice, care constituie substratul gândirii delirante (incoerenţă şi automatism).

Rezultă de aici faptul că delirul poate fi considerat în felul următor:
– sub aspectul său superficial-formal (idei, convingeri, teme);
– sub aspectul său profund, ca sens şi ca determinare, în raport cu condiţiile constituirii sale (starea delirantă a personalităţii).

Pentru Y. Pelicier, delirul este o tulburare primară a gândirii, iar definiţia pe care o dă delirului este semnificativă în acest sens: „Delirul este un fel de ipoteză care a suferit o întoarcere greşită, asumându-şi în mod nelegitim statutul de noesis".

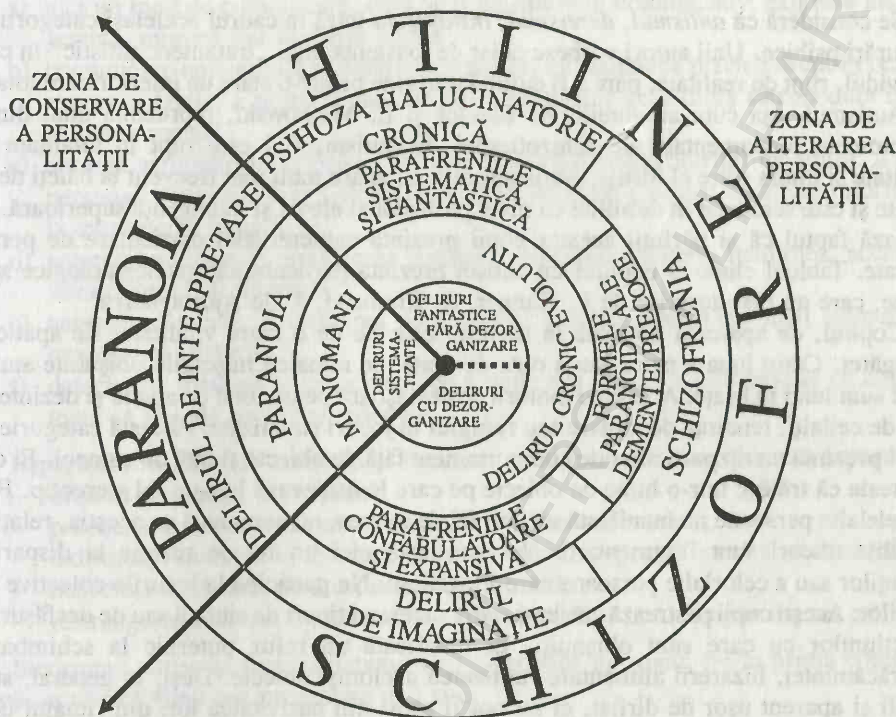
Se pun două întrebări, şi anume:
1. Delirul este un fenomen reductibil la o idee, o eroare, un sentiment sau o intuiţie?
2. Delirul este rezultanta unei manifestări a modificării globale şi complexe a structurii psihotice a personalităţii individului?

Prima teză consideră delirul un „fenomen primar" (K. Schneider), ireductibil la o altă tulburare decât el însuşi, legat fie de o cauză pur mecanică (Clérambault), fie de o proiecţie afectivă (S. Freud).

A doua teză priveşte experienţa delirantă sub un dublu aspect:
– o structură complexă care se prezintă sub un aspect negativ (dezorganizarea structurii conştiinţei şi a personalităţii);
– sub un aspect pozitiv, reprezentat prin trăirea delirantă.

Clasificarea psihozelor delirante sau „vesanice" se face avându-se în vedere două aspecte sistematice, şi anume:
a) *genul*, caracterizat prin faptul că toţi bolnavii din această categorie sunt mai mult sau mai puţin delirанţi, fapt care alterează profund raporturile lor intelectuale şi afective cu realitatea;
b) *speciile*, care în cadrul genului delirant se pot distinge sub o mare varietate de criterii: idei mistice, halucinaţii, teme de influenţă, sindromul de automatism mintal.

Analiza istorică a clasificării delirurilor exprimă evoluţia gândirii psihopatologice referitoare la acestea.



Iniţial, *psihozele vesanice* cuprindeau două grupe: *monomaniile* şi *delirul cronic evolutiv* (Lasegue, Falret, Magnan). E. Kraepelin descrie trei grupe: *delirul sistematizat paranoic*, *parafreniile* (sistematică şi fantastică, confabulatorie şi expansivă), *forma paranoidă a demenţei precoce.* Şcoala Franceză de Psihiatrie face următoarea clasificare: *paranoia* (delirul de interpretare), *psihoza halucinatorie cronică*, *schizofrenia*, *delirul de imaginaţie.* Ulterior, sunt acceptate numai două specii morbide: *paranoia* şi *grupa schizofreniilor.* Aspectele discutate mai sus sunt reproduse sintetic în schema de mai sus.

Sindromul autist

Autismul este o formă de gândire interiorizată cu aspect subiectiv, care implică, în general, faptul că materialul sau conţinutul gândirii derivă de la subiectul însuşi, având aspectul unor idei onirice, fantezii, frânturi delirante, halucinaţii etc. Conţinutul gândirii autiste este de natură endogenă.

Autismul este o formă a narcisismului, în sensul de „întoarcere a gândirii către sine însăşi". În acest caz, conştiinţa bolnavului îşi interpretează materialul în termenii săi proprii, desprinsă de orice contact cu realitatea.

Termenul *autism* a fost introdus de E. Bleuler (1911) pentru a desemna pierderea contactului cu realitatea, având ca urmare o imposibilitate sau o mare dificultate de comunicare cu ceilalţi. Ulterior, L. Kanner va descrie „autismul infantil precoce".

Se consideră că *autismul*, *dereismul*, *introversia* intră în cadrul aceleiaşi categorii de tulburări psihice. Unii autori vorbesc chiar de existenţa unui „tratament autistic" în care individul, rupt de realitate, pare a fi cufundat în sine printr-o stare de interiorizare totală.

Autismul, aşa cum au stabilit K. Bleuler şi E. Minkowski, reprezintă unul dintre simptomele fundamentale ale schizofreniei. În autism, Eul este rupt în totalitate de realitate şi întors către el însuşi. Autismul infantil apare mult mai frecvent la băieţi decât la fete şi este semnalat în familiile cu nivel profesional elevat şi inteligenţă superioară. Se notează faptul că şi părinţii acestor copii prezintă caracteristici particulare de personalitate. Tabloul clinic al copiilor cu autism prezintă particularităţi psihopatologice specifice, care au fost descrise de L. Kanner, R. Rimbaud, J. de Ajuriaguerra.

Copilul, de aparenţă normală la naştere, este fie de o mare vitalitate, fie apatic şi plângăreţ. Către luna a patra sau a opta de viaţă, se remarcă mişcările obişnuite atunci când sunt luaţi în braţe. Acţiunile motorii se desfăşoară pe un fond de apatie şi dezinteres faţă de ceilalţi, tendinţa de izolare sau refugiul în jocuri ritualizate. Această categorie de copii prezintă un tip particular de comportament faţă de obiecte şi faţă de oameni. Ei dau impresia că trăiesc într-o lume de obiecte pe care le utilizează într-un fel stereotip. Faţă de celelalte persoane nu manifestă nici un fel de interes, nu comunică cu aceştia, relaţiile stabilite uneori sunt fragmentare. Nu manifestă nici un fel de reacţie la dispariţia părinţilor sau a celorlalte persoane care-i îngrijesc. Nu participă la jocurile colective ale copiilor. Aceşti copii păstrează aceleaşi cadre, aceleaşi tipuri de situaţii sau de desfăşurare a acţiunilor cu care sunt obişnuiţi. Ei manifestă un refuz puternic la schimbarea îmbrăcămintei, bizarerii alimentare, utilizarea aceloraşi obiecte. Deşi, în general, sunt docili şi aparent uşor de dirijat, ei nu pot fi scoşi din pasivitatea lor, din ritualul unei activităţi monotone şi stereotipe care-i caracterizează. În felul acesta, ei dau impresia că nu au nici un contact direct cu realitatea care-i înconjoară.

Un alt aspect important îl reprezintă tulburările de limbaj ale acestor copii autişti, descrise de L. Kanner şi G. Arnoldt. Astfel, cuvintele „eu" şi „da" sunt absente până spre vârsta de 6-7 ani. În loc de „eu", copiii autişti folosesc „voi" şi „tu" etc.

L. Kanner distinge în cadrul *sindromului autist* două forme clinice:

1. *Formele deficitare*, la care menţionează următoarele:
   - un tip emergent de psihoză cu QI în creştere;
   - un tip regresiv, deteriorat de psihoză cu QI în scădere;
   - un tip static, la care QI se menţine neschimbat;
   - un tip simbolic, la care QI variază în timp şi în funcţie de examinator.
2. *Distorsiuni precoce ale personalităţii*, descrise de R. Misés şi M. Moniot, care constau în reducerea şi electivitatea schimbărilor, copiii fiind incapabili să comunice cu ceilalţi într-un fel adecvat. Debutul acestei forme este brusc sau progresiv şi se însoţeşte de tulburări de comportament şi angoase care precedă instalarea autismului.

Din punct de vedere psihopatologic, *sindromul autist* se caracterizează prin următoarele aspecte:

1. Deteriorare calitativă în interacţiunea socială reciprocă, manifestată prin următoarele:
   a) lipsa marcată a conştiinţei existenţei sau a sentimentelor altora;
   b) nici o imitaţie sau imitaţie alterată;
   c) deteriorare evidentă în capacitatea de a-şi face prieteni printre egalii săi.
2. Deteriorare calitativă în comunicarea verbală şi nonverbală şi în activitatea imaginativă, manifestată prin următoarele:

a) nici un mod de comunicare, cum ar fi murmuratul comunicativ, expresia facială, gestica, mimica sau limbajul vorbit ;
b) comunicare nonverbală anormal de marcată, cu utilizarea privirii drept în ochi, a expresiei facile, a posturii capului sau a gesturilor de a iniţia sau modula interacţiunea socială ;
c) absenţa activităţii imaginative, cum ar fi interpretarea rolurilor de adulţi, a unor personaje fantastice sau a animalelor, lipsa de interes pentru naraţiuni referitoare la evenimente imaginare ;
d) anomalii marcate în producerea vorbirii, incluzând volumul, înălţimea, accentul, viteza, ritmul şi intonaţia ;
e) anomalii marcate în formarea conţinutului vorbirii, incluzând uzul stereotip şi repetitiv al vorbirii ;
f) deteriorare marcată în capacitatea de a iniţia sau susţine o conversaţie cu alţii, cu toate că posedă un limbaj adecvat.

3. Repertoriu restrâns de activităţi şi interese, manifestat prin următoarele aspecte :
– mişcări stereotipe ale capului ;
– preocupare persistentă pentru anumite părţi ale obiectelor ;
– indiferenţă marcată în legătură cu modificări în aspectul banal al ambianţei ;
– insistenţa iraţională de a urma în detaliu rutele ;
– restrângerea marcată a intereselor şi preocupărilor la un singur interes mărunt.

Sindromul autist îşi fixează debutul fie în perioada de sugar, fie în prima copilărie, evoluţia clinică fiind cea prezentată mai sus.

Sindroamele ipohondriace

Ipohondria este o tulburare psihopatologică ce se manifestă prin teama excesivă pentru sănătatea proprie, concentrarea atenţiei asupra unor reprezentări referitoare la sănătate, precum şi tendinţa de a-şi atribui boli care nu există în realitate.

La baza stărilor ipohondrice stă „ideea ipohondriacă", ce constă în convingerea existenţei unei leziuni, alterări sau modificări patologice de natură somatică sau psihică, adesea cu caracter grav şi incurabil, fatală, idee neîntemeiată din punct de vedere obiectiv.

Ideea ipohondriacă poate avea caracterul de idee prevalentă, obsesivă sau delirantă. Ea este frecvent asociată cu cenestopatiile. Din punct de vedere psihopatologic, sindromul ipohondriac poate avea mai multe forme de manifestare clinică, şi anume :

a) *sindromul asteno-ipohondriac* – o varietate a sindromului astenic, pe fondul căruia apar temeri, acuze de suferinţe sau idei obsesive legate de sănătate, tulburări neurovegetative, cenestopatii. Sindromul asteno-ipohondriac poate apărea în cursul evoluţiei neurasteniei, a bolilor somatice cărora li se dă o „interpretare exagerată" sau „eronată", în schizofrenia incipientă etc. ;
b) *sindromul obsesiv-ipohondriac* – se manifestă prin temeri obsedante sau fobii diferite, în special „frica de boală" (nosofobia). El poate apărea în cursul delirului psihasteniform al schizofreniei ;
c) *sindromul depresiv-ipohondriac* – apare sub forma delirului ipohondriac în cursul fazelor depresive ale PMD, în melancolia de involuţie, depresia vârstei înaintate, în PGP etc. ;

d) *sindromul paranoid-ipohondriac* – reprezintă forma ipohondriacă a delirului de interpretare. El poate lua următoarele forme de manifestare psihopatologică :
- delir ipohondriac de tip persecutat-persecutor ;
- delir ipohondriac revendicativ sau procesiv.

Acest tip de sindrom este întâlnit în schizofrenie, parafrenie, sub forma automatismului cenestapatic, a delirului de influenţă, persecuţie sau de prejudiciu.

e) *dismorfofobia*, descrisă de E. Morselli (1894), ce constă în nemulţumirea bolnavului faţă de aspectul sau înfăţişarea sa exterioară, considerată ca „nepotrivită" sau chiar „urâtă", „dezgustătoare". Este o tulburare proiectată asupra imaginii corporale a individului. Ea are două aspecte principale :
- preocupare patologică pentru exteriorul propriu ;
- încercarea bolnavului de a-şi corecta defectul prin orice fel de mijloace posibile.

P. Janet include dismorfofobia în sfera clinică a psihasteniei.

Ipohondria este un sindrom psihopatologic care, în diferite forme şi grade, poate fi întâlnit atât în nevroze, cât şi în psihoze. În sensul acesta, se descriu două grupe de ipohondrie :

a) *ipohondria nevrotică* : o tulburare nevrotică actuală a cărei simptomatologie cuprinde tulburări cenestezice, stare de anxietate şi ruminaţii morbide ; în sensul acesta, din punct de vedere psihopatologic, se notează următoarele tipuri clinice : anxioşi ipohondriaci, fobici ipohondriaci (nosofobici) şi isterici ipohondriaci ;
b) *ipohondria psihotică* sau ipohondria delirantă : un delir de interpretare la care se pot asocia uneori halucinaţii. Bolnavul acuză şi descrie, cu o certitudine ireductibilă, afecţiuni imaginare, inexistente în realitate (tumori, infecţii, prezenţa unor corpi străini în organism etc.). Uneori, tulburarea poate lua aspectul sindromului Cottard (delir sistematizat de negaţie, enormitate, imortalitate, transformare corporală).

Sindromul ipohondriac este legat şi de o anumită „predispoziţie" de tip constituţional a bolnavului, axată pe imaginea de sine, o permanentă preocupare legată de starea sa de sănătate, anxietate şi insecuritate. Adesea, în această grupă sunt incluşi „bolnavii imaginari".

Sindroamele confuzionale

Acest grup de manifestări psihopatologice a fost iniţial descris de Delasiauve şi ulterior de Chaslin. E. Regis s-a ocupat în mod deosebit de etiologia acestuia, aducând importante completări la datele anterioare. Tratatele clasice de psihiatrie recunosc chiar o afecţiune psihică bine individualizată în sensul acesta – „confuzia mintală".

Sindromul confuzional este un sindrom mintal generalizat acut sau subacut, caracterizat printr-o disoluţie, mai mult sau mai puţin rapidă şi completă, a stării de conştiinţă cu obnubilare, obtuzie intelectuală, lentoare a percepţiilor şi a proceselor de orientare şi identificare. Sinteza mintală se efectuează cu greutate, întrucât datele perceptive şi cele mnezice sunt incomplete, fragmentare, disparate sau incoerente. Atenţia, reflecţia şi judecata sunt imposibil de realizat. Se notează instalarea unei stări onirice, dezorientarea în timp şi spaţiu, indiferenţa emoţională, bradipsihie cu lentoare în răspunsuri, aerul absent al bolnavului, o stare de inerţie generală, putând merge până la stupoare. La aceste elemente cu caracter negativ ale confuziei mintale se adaugă şi elemente cu

caracter pozitiv, de tipul halucinaţiilor polisenzoriale, în special vizuale, delir oniric şi o stare de agitaţie anxioasă.

Tulburările psihopatologice întâlnite în sindromul confuzional au fost grupate de K. Jaspers în următoarele tablouri clinice :

a) *îndepărtarea de lumea reală*, caracterizată prin perceperea imprecisă a mediului înconjurător, dificultatea sau chiar imposibilitatea fixării atenţiei, reflectarea realităţii înconjurătoare sub o formă fragmentară, fără o legătură ;
b) *dezorientarea* în timp şi spaţiu, în raport cu situaţia sau circumstanţele, cu propria persoană sau nerecunoaşterea persoanelor din jur, cu excepţia, rar, a celor foarte apropiate ;
c) *incoerenţa* gândirii de diferite grade, cu slăbirea sau pierderea simţului critic ;
d) *alterarea memoriei*, constând în dificultatea bolnavului de evocare a propriilor acte comise în cursul perioadelor sale de confuzie, precum şi o amnezie completă a acestora.

Cauzele care produc sindroamele confuzionale sunt multiple, iar dintre acestea le notăm pe următoarele :

- leziuni cerebrale inflamatorii, vasculare, traumatice, toxice sau tumorale ;
- paroxisme epileptice (*grand mal*, *petit mal*, echivalenţele epileptice) ;
- psihogene de factură emoţională, aşa cum sunt întâlnite în cursul evoluţiei psihozelor reactive, a stărilor crepusculare isterice etc.

Aşa cum afirmam mai sus, tratatele clasice de psihiatrie recunoşteau *confuzia mintală* ca pe o entitate clinică bine delimitată (Georget, 1820 ; Delasiauve, 1851 ; Chaslin, 1895 ; Regis, Bonhoeffer). Astăzi, sindroamele confuzionale reunesc o largă paletă de tulburări complexe şi diferenţiate ale tulburărilor de conştiinţă, cu caracter net individualizat, aşa cum se poate vedea mai jos :

1. *Obnubilarea* este starea caracterizată de întunecarea percepţiilor, lentoarea asociaţiilor, dezorientare temporal-spaţială, dificultăţi de vorbire şi de evocare mnezică, de înţelegere, somnolenţă cu tendinţă la comă sau „apsihismul" descris de P. Guiraud.
2. *Delirul* este o tulburare de conştiinţă caracterizată prin următoarele aspecte psihopatologice :
   - dezorientare temporal-spaţială cu conservarea conştiinţei de sine ;
   - tulburări de percepţie (halucinaţii vizuale şi auditive, iluzii şi pareidolii), idei delirante incoerente, tulburări de afectivitate (crize de mânie, angoasă sau extaz şi euforie), agitaţie psihomotoare.
3. *Delirul musitant* este o formă gravă de delir, cu agitaţie limitată, mişcări carfologice, voce şoptită ca o mormăială neinteligibilă, evoluţie gravă spre comă.
4. *Sindromul oneiroid* este un complex de simptome cu o accepţiune variată, constând din următoarele :
   - onirismul sau delirul oniric (Lasegue, Regis) ;
   - oneiroidia, diferită de onirism (Mayer-Gross), constând în confuzie cu trăiri incoerente şi fantastice. S-a vorbit în unele cazuri de „oneirofrenie" şi de „catatonia oneiroidă".
5. *Amenţia* constă în incoerenţa gândirii, stare de confuzie mintală, agitaţie dezordonată, amnezie posteritică (Meynert, Chaslin, Mayer-Gross, Jaspers). Este o stare clinică de perplexitate la care se notează prezenţa iluziilor, a halucinaţiilor şi ideilor delirante cu caracter fragmentar.

6. *Delirul acut* este o confuzie mintală gravă sau malignă, specifică encefalitei psihotice acute azotemice. Clinic, se manifestă printr-o confuzie profundă, cu halucinaţii şi agitaţie psihomotoare dezordonată.
7. *Starea crepusculară* are caracter episodic, tranzitoriu, fiind o stare de confuzie cu păstrarea coordonării mişcărilor, stări afective intense (anxietate, disforie, mânie), halucinaţii şi idei delirante.

Sindromul oniric

Onirismul este un mod de activitate xmintală automatică, construit din viziuni şi scene animate, aşa cum se realizează în cursul viselor (A. Porot). Alături de producţia onirică a omului care doarme şi visează, există o gamă întreagă de stări onirice de natură psihopatologică (psihogene, organice, toxice, infecţioase).

Lasegue descrie sindromul oniric în cursul delirului alcoolic. Chaslin asociază onirismul cu confuzia mintală. Regis a descris „delirul oniric" cu cele două aspecte psihopatologice ale sale, confuzia şi delirul. Tot el este cel care precizează etiologia acestui sindrom ca fiind de natură infecţioasă sau toxică.

Din punct de vedere psihopatologic, subiectul cu sindrom oniric dă impresia unui somnambul, prezentând viziuni elementare sau organizate sub formă de scene animate din viaţa profesională, preocupările cotidiene sau evenimentele cu care acesta vine în contact. Aceste viziuni au un caracter halucinatoriu, cu o încărcătură afectivă variabilă, de factură penibilă şi anxioasă sau chiar terifiantă, declanşând reacţii diferite din partea bolnavului.

Delirul oniric este, de regulă, asociat cu confuzia mintală, rezultând dintr-o disoluţie a stării de conştiinţă, cu ştergerea facultăţii de percepere a realităţii (Chaslin, Charpentier). El apare în mod frecvent în cursul intoxicaţiei alcoolice, în care delirul oniric halucinatoriu este deosebit de intens.

Delirul oniric prelungit, cu o mare încărcătură anxioasă, poate duce la o slăbire intelectuală şi o stare de disociaţie mintală cu tulburări de emotivitate şi caracter.

Alături de *onirism* se mai descriu şi *stările oniroide*, care sunt „infiltraţii ale construcţiilor de vis în gândirea vigilă" (Ey şi Rouart), când se produce o veritabilă „osmoză a subiectivului şi a obiectivului". În acest caz, pot să apară modificări în comportamentul subiectului de tip anxios sau tulburări de depersonalizare sau de interpretare.

Sindromul Korsakow

Korsakow a descris, în 1887, asocierea unui tablou clinico-psihiatric specific cu polinevrite în cazurile de alcoolism cronic, pe care l-a numit „psihoza polinevritică". Ulterior, Marckand şi Courtois extind observaţiile clinice, descriind o encefalomielită parenchimatoasă cu leziuni difuze, iar J. Delay şi S. Brian notează o leziune la nivelul corpilor mamilari.

Sindromul descris de Korsakow constă în incapacitatea de a evoca impresiile recente, cu păstrarea memoriei faptelor mai vechi şi tendinţă la producerea de false amintiri sau

confabulaţii. K. Bonhoeffer păstrează termenul „sindrom amnestic" pentru tulburările psihice care apar în cazul „tipului exogen de reacţie" pentru a-l diferenţia pe acesta de „sindromul Korsakow".

În ceea ce priveşte sindromul Korsakow, se pune problema delimitării diagnostice a acestuia de prezbiofrenie (Wernicke), sindromul psihoorganic cerebral (E. Bleuler) şi psihosindromul cerebral difuz (M. Bleuler).

Din punct de vedere psihopatologic, în cazul sindromului Korsakow, notăm prezenţa a două grupe principale de tulburări care au un caracter constant şi specific :

a) *tulburări neurologice*, constând în slăbirea activităţii motorii cu amiotrofii difuze şi uşoare, abolirea reflexelor osteo-tendinoase, fenomene algice senzitive, parapareză limitată, polinevrită generalizată de aspect quadriplegic ;
b) *tulburările psihice*, în cazul sindromului Korsakow, interesează în principal funcţiile mnezice. Gilbert Ballet distinge forme delirante confuziv-amnestice. În prim-plan se situează tulburările de memorie : amnezie continuă sau anterogradă cu dificultatea de a se achiziţiona date noi, recente. Se notează o stare de euforie şi jovialitate la aceşti bolnavi. Fenomenele de ecmnezie şi falsele recunoaşteri realizează adesea un veritabil tablou de „delir de memorie". Se mai pot semnala stări de onirism cu halucinaţii şi obtuzie confuzională, în special în fazele de debut.

Sindromul demenţial

Termenul „demenţă" este sinonim, în limbajul curent, cu „alienaţie mintală", pentru a desemna, în sens general, prezenţa unei tulburări psihice care afectează intelectul, facultatea discernământului şi conduita unui individ.

Ph. Pinel considera demenţa drept o slăbire, mai mult sau mai puţin profundă, generală, a facultăţilor mintale, în opoziţie cu delirurile, care nu se însoţesc de o slăbire psihică generală.

A. Porot defineşte demenţa ca o slăbire progresivă şi ireversibilă, cu caracter global, a vieţii psihice a individului. Două aspecte se discută în psihopatologia demenţelor : *procesul de deteriorare mintală* şi *procesul de slăbire intelectuală*. Le vom analiza în continuare.

Deteriorarea mintală reprezintă un deficit mintal global, tranzitoriu sau definitiv, consecutiv oricărei atingeri funcţionale sau organice a creierului, fie prin procese ireversibile, cum sunt atrofiile cortico-cerebrale, fie prin crize tranzitorii de tip epileptic sau alcoolism (A. Porot). Deteriorarea mintală se pune în evidenţă prin teste de inteligenţă sau prin testul vocabularului.

Slăbirea intelectuală constă într-un deficit dobândit şi definitiv al diferitelor componente ale inteligenţei bolnavului. Ea poate interesa şi se poate fixa la anumite paliere, evoluând până la o stare demenţială totală. *Slăbirea intelectuală* trebuie fundamental deosebită de starea de *insuficienţă mintală* primitivă, congenitală şi constituţională, specifică debilităţii mintale şi altor forme de oligofrenie (A. Porot).

În cazul demenţelor, asistăm la următoarele modificări de ordin psihopatologic :

- scăderea atenţiei ;
- amnezie antero-retrogradă ;
- incapacitatea de a prelucra şi asimila cunoştinţe noi ;

– incapacitatea de a mobiliza şi dispune de cunoştinţele vechi, anterioare ;
– regresiune afectivă cu sărăcire afectivă ;
– alterare gravă a comportamentului ;
– tulburări de limbaj de natură receptivă şi expresivă ;
– dezorientare temporal-spaţială şi asupra propriei persoane.

Tulburările de comportament

Mulţi autori includ în aceeaşi categorie de tulburări psihice atât manifestările anormale de *comportament*, cât şi pe cele de *caracter*, raportându-le la diferite dificultăţi de „adaptare" a individului (J. de Ajuriaguerra).

După D. Lagacke, *comportamentul* desemnează ansamblul de acţiuni materiale sau simbolice prin intermediul cărora un organism aflat într-o anumită situaţie tinde să-şi realizeze propriile posibilităţi şi să reducă la un nivel minim tensiunile psihice care îi ameninţă unitatea, mobilizându-le.

A. Porot remarcă două accepţiuni pentru comportament în psihopatologie :

a) un sens psihofiziologic, care stă la baza concepţiei behavioriste, considerând că orice comportament reprezintă o succesiune progresivă de reflexe condiţionate ;
b) încercarea de a defini comportamentul ca un mod de a reacţiona al unui subiect în viaţa curentă sau în prezenţa unor circumstanţe particulare.

Aspectele psihopatologice ale comportamentului au denumiri diferite, din care se poate deduce polimorfismul acestui grup de tulburări : „tulburări de comportament", „copilărie neregulată", „copii caracteriali", „copii dificili", „copii inadaptaţi" etc.

În toate situaţiile apar şi *tulburările de caracter* asociate. M. Tramer remarcă faptul că în toate situaţiile caracterul se înfăţişează ca un ansamblu de tendinţe emoţional--afective, ereditare sau dobândite, care reglează raporturile individului cu condiţiile mediului extern. Din acest motiv, ceea ce intră în discuţie în acest caz sunt problemele de „inadaptare" sau cele de „dezadaptare", care dobândesc o importanţă primordială.

Comportamentul mai poate fi înţeles ca o *modalitate de conduită*, în sensul de atitudine a unui subiect cu privire la obligaţiile sale morale. La copil, comportamentul este expresia manifestărilor sale instinctuale, care pot fi influenţate prin măsuri represive de educaţie. Cu timpul însă, viaţa afectivă va domina personalitatea, depăşind importanţa instinctelor.

Tulburările de comportament implică un dezechilibru constituţional, pierderea contactului cu realitatea, slăbirea judecăţii şi a autocriticii. Manifestările tulburărilor de comportament sunt multiple şi variază în raport cu vârsta :

1. La *copil*, ele sunt legate de întârzierea dezvoltării intelectuale, arieraţiile afective, tulburările caracteriale, perversităţi instinctuale (turbulenţă, răutate, inafectivitate, opoziţie, agresivitate).
2. La *adolescenţi*, tulburările de comportament traduc o stare de dezechilibru constituţional care poate fi semnul unui debut al disociaţiei schizofrenice (variaţii ale dispoziţiei afective, lene, tendinţă la izolare etc.).
3. La *adulţi*, tulburările de comportament pot fi semnul unui acces periodic iminent (maniacal sau depresiv-melancoliform) ; ele pot anunţa organizarea unor stări de tip

delirant (ostilitate, neîncredere, gelozie). Se mai notează modificări patologice de comportament în fazele de debut ale PGP, la alcoolicii cronic şi toxicomani.

4. La *persoanele în vârstă*, schimbarea comportamentului este legată de slăbirea generală a proceselor intelectuale, de dificultăţile de adaptare etc.

În ceea ce priveşte tipurile particulare de tulburări de comportament, J. de Ajuriaguerra distinge următoarele aspecte :

a) tulburări de comportament după caracteristicile unei simptomatologii manifeste ;
b) tulburări de comportament după prognosticul de educabilitate şi din punct de vedere medico-legal ;
c) tulburări de comportament după tipul de reacţie organizată pe fondul structurii familiale a individului.

J. Lange, plecând de la criteriul de educabilitate, distinge următoarele forme de tulburări de comportament :

a) tulburări caracteriale reacţionale în cursul cărora dezechilibrul şi inadaptabilitatea rezultă din situaţia în care se află subiectul, tulburările având, în acest caz, un rol definitiv ;
b) tulburările caracteriale şi structurale se manifestă ca mecanisme patologice de adaptare la realitate (reacţii deviante, aberante, ineficace sau exagerate etc.) ;
c) tulburările de comportament ca expresie a unor tulburări afective profunde, pe fondul unei structuri caracteriale patologice.

Studiind manifestările psihopatologice care apar în cursul tulburărilor de comportament, R.L. Jenkins distinge următoarele aspecte :

– reacţii hiperchinetice ;
– o reacţie de repliere, izolare şi detaşare ;
– o reacţie hiperanxioasă, excesivă şi nemotivată de circumstanţe ;
– o reacţie de fugă, la care se asociază cleptomania şi asocierea în grupuri delictuale ;
– o reacţie agresivă nesocializată, cu o atitudine de opoziţie ostilă, spirit de răzbunare şi distructivitate ; crize de mânie şi dezinhibiţie sexuală ;
– o reacţie de delincvenţă în grup, cu caracter organizat antisocial, orientată împotriva structurilor şi limitelor impuse de normele modelului sociocultural.

În cadrul tulburărilor de comportament se descriu ca forme importante de manifestări psihopatologice *fugile* şi *vagabondajul* (A. Jaffroy şi R. Dupouy). Vom insista în mod deosebit asupra acestora.

Fuga este acţiunea prin care un subiect cedează nevoii sau impulsiunii de a pleca fără un scop precis sau o motivaţie şi căreia acesta nu-i poate rezista. Fuga se caracterizează prin următoarele aspecte :

– este imprevizibilă, are caracter de surpriză ;
– este iraţională, fiind lipsită de un motiv aparent ;
– este limitată în timp ca durată ;
– este lipsită de violenţă ;
– se poate produce într-o stare de conştiinţă de tip crepuscular, fiind urmată de amnezie.

Înrudită cu fuga este o altă tulburare de comportament de tip instabil-impulsiv : *dromomania*. Dromomania reprezintă o dispoziţie permanentă şi imperioasă a individului

de a călători, de a efectua deplasări legate de o stare de permanentă instabilitate interioară, căreia nu-i poate rezista.

Vagabondajul este tot o tulburare de comportament manifestată prin nevoia imperioasă, permanentă, de deplasare, de a călători. Ea este legată de o instabilitate structurală de tip constituţional a subiectului. Vagabondajul este o permanentă hoinăreală, o continuă deplasare impulsivă a individului fără a putea reveni la un domiciliu fix. Spre deosebire de fugă, ce are un caracter episodic, vagabondajul este o pulsiune morbidă permanentă, o „fugă continuă" (R. Benon şi P. Froissart), cu „abandonul impulsiv al domiciliului" (A. Joffroy şi R. Dupouy).

A. Marie distinge următoarele forme de vagabondaj :

a) vagabondajul de origine economică sau socială la şomeri, exilaţi, profesiuni ambulante, condamnaţi şi recidivişti care se ascund de lege ;
b) vagabondajul morbid la nevrotici, isterici, epileptici, oligofreni, psihopaţi, alcoolici ;
c) vagabondajul etnic sau migrator specific unor populaţii care nu se pot fixa într-un anumit spaţiu geosocial ;
d) vagabondajul mascat, specific omului modem, manifestat prin turism, mişcările hippy etc. ;
e) vagabondajul cultural, reprezentat prin pelerinajele rituale, periplul lui Ulise (*Odiseea*) sau al lui Enea (*Eneida*).

17. Nosologia psihiatrică I (Principii şi modele de clasificare a bolilor psihice)

Cadrul general al problemei

Nicăieri în ştiinţă nu este întâlnită o dispută mai serioasă şi parcă de nesoluţionat ca în cazul delimitării cadrului şi al acceptării formelor individuale ale tulburărilor psihice. Integrat în sfera ştiinţelor umaniste, „obiectul" psihologiei normale şi patologice este supus aceloraşi puncte de vedere contradictorii ca oricare alt „domeniu particular" al acestora. O rezolvare corectă, autentică a delimitării acestui cadru epistemic trebuie să înceapă cu o revizuire a „modului de a gândi" în sfera ştiinţelor umaniste. Spunem lucrul acesta întrucât asistăm la o tot mai puternică şi extinsă penetraţie a „modului de gândire pozitivist" în acest domeniu, fapt care modifică într-o măsură considerabilă cadrul epistemic.

Aşa cum am mai spus-o şi în alte ocazii[1], „obiectul" ştiinţelor umaniste trebuie „gândit" şi „înţeles" pornindu-se, în scopul acesta, de la aspectele fenomenologice ale sale, şi nu aplicându-i-se atributele de ordin material-factologic ale „obiectelor" din sfera ştiinţelor pozitive. Punctul de vedere materialist a dus la deformări şi erori grave, care au alterat până la completa sa dizolvare „obiectul" ştiinţelor umaniste.

Obiectul ştiinţelor umaniste este *omul*, dar nu „omul abstract" cu sensul de „conceptul de om", ci „omul viu" sau „omul în carne şi oase"[2], înţelegând prin aceasta omul determinat „în sine" şi „pentru sine", cu o identitate precisă, unică şi irepetabilă. Aceasta este *persoana umană*.

Gândirea umanistă reaşază în centrul problematicii sale omul considerat ca „fiinţă personală", separându-l definitiv de „lucrurile materiale" cu caracter impersonal cuprinse în seria *phyché*-ului şi reevaluând în felul acesta seria *phyché*-ului. Acest punct de vedere schimbă complet atitudinea metodologică şi construieşte o nouă epistemologie a umanului, având în centrul ei, aşa cum spuneam mai sus, persoana umană.

Separarea lui *phyché* de *physis* în sfera ştiinţelor umaniste face ca „obiectul" să devină „subiect", iar modul de „a fi" al subiectului să fie reprezentat prin viaţa sufletească, considerată ca modalitate de „trăire" a conştiinţei de sine a subiectului pur. Această

---

1. C. Enăchescu, *Fenomenologia nebuniei*, Editura Paideia, Bucureşti, 2003; C. Enăchescu, *Tratat de teoria cercetării ştiinţifice*, Editura Polirom, Iaşi, 2005.
2. M. de Unamuno, *Le sentiment tragique de la vie*, Gallimard, Paris, 1937.

concepţie situează psihologia în centrul ştiinţelor umaniste, făcând ca în jurul ei să graviteze toate celelalte. Faptul se justifică şi, din acest motiv, putem spune, parafrazându-l pe A. Schopenhauer[1], că aşa cum „toate artele aspiră la condiţia muzicii", în mod egal, „toate ştiinţele umaniste trebuie să aspire la condiţia psihologiei".

Acest model de gândire metodică ce fixează în centrul ştiinţelor umaniste persoana trebuie acceptat şi de psihiatrie, şi de psihopatologie, întrucât *persoana umană* considerată ca „obiect al ştiinţelor umaniste" vine din sfera psihologiei[2]. Odată stabilit acest lucru, putem trece la abordarea modalităţilor de clasificare a bolilor psihice.

Modele de clasificare

Necesitatea unei clasificări a bolilor psihice a venit odată cu constituirea clinicii psihiatrice. Nevoia unei „ordonări sistematice" care să cuprindă într-o manieră comprehensivă şi, prin urmare, acceptabilă întregul „material cazuistic" a construit în interiorul medicinei clinica psihiatrică.

Acest punct de vedere, care, de altfel, se justifică atât în plan teoretic-doctrinar, cât mai ales în plan practic de necesităţi de ordin terapeutic, a făcut ca „boala psihică" să fie construită şi înţeleasă ca şi „boala somatică". Bolile somatice, ca afecţiuni corporale, se înscriu în „ordinea *physis*-ului", pe când bolile psihice, ca afecţiuni ale sufletului, se înscriu în „ordinea *psyché*-ului". Modelul de gândire medicală le plasează însă, cum spuneam, pe amândouă în aceeaşi „ordine a *physis*-ului". Aceasta pare să rezolve necesităţile medicale cerute de practica clinică uzuală, dar ele nu vor explica natura anormalităţii psihice, semnificaţia nebuniei considerată, în primul rând, ca fenomen uman[3]. Mai mult chiar, se creează adesea confuzii, apar controverse şi se construiesc „modele" diferite de „tablouri clinice", fapt care face ca în clinica psihiatrică să nu existe un punct de vedere comun, acceptat de toţi specialiştii.

Ideile psihiatrice care „vin" dinspre medicină fac „ca psihiatrii să nu poată accepta „fiinţa celuilalt", a nebunului, decât cu titlul de „fiinţă bolnavă" (P. Berner şi H. Luccioni). Prin aceasta, nebunii sunt incluşi în „spaţiul discursului psihiatric". Având în vedere faptul că nu există decât un singur fel de „a fi bolnav", medicul este obligat să „delimiteze" în interiorul contextului „discursului clinico-psihiatric" forma de boală de care este afectată persoana respectivă, în scopul administrării unui tratament eficient.

Nevoia stringentă a unei clasificări clinico-psihiatrice a tulburărilor psihice vine din necesitatea de adaptare a medicului la practica psihiatrică de fiecare zi. În sensul acesta, orice clasificare, pentru a fi explicită şi acceptabilă, trebuie să reprezinte o acţiune de cunoaştere a intelectului care să aibă ca „obiectiv metodic" ordonarea coerentă şi clară a tulburărilor psihice. În felul acesta, „clasificarea bolilor psihice" va putea deveni un veritabil instrument de organizare a „discursului epistemic clinico-psihiatric" şi un instrument de orientare în practica clinică uzuală, în fine, un „limbaj ştiinţific" universal acceptat şi utilizat curent de toţi specialiştii.

---

1. A. Schopenhauer, *Die Welt als Wille und Vorstellung*, trad. fr. *Le monde comme volonté et comme représentation*, vol. I-III, Alcan, Paris, 1909.
2. Mai exact spus, psihologia se constituie ca „domeniu epistemic" despre persoana umană, iar psihopatologia, ca un „discurs epistemic" despre anormalitatea acesteia.
3. C. Enăchescu, *Fenomenologia nebuniei*, ed. cit.

În ceea ce priveşte tipurile de clasificare a bolilor psihice, acestea se vor raporta la „normalitatea psihică" a persoanei umane. În sensul acesta, tulburarea psihică pe care medicul psihiatru o constată ca abatere de la normal poate avea următoarele aspecte: „continuitate sau discontinuitate cu normalul, entitate sau sindrom, atitudine simptomatică sau psihopatologică" (P. Berner şi H. Luccioni). La acestea, H. Tellenbach adaugă „cameleonismul metodologic" al psihiatrului în actul de delimitare a „modelului bolii", iar H. Lanteri-Laura afirmă că „boala psihică" este un „concept operaţional" care corespunde unor structuri plurale, ceea ce face din clasificarea nosologică a bolilor psihice un veritabil „pat al lui Procust".

Principii de clasificare

Orice clasificare presupune compunerea unei „clase" sau a unui „ansamblu de clase" în care obiectele sau fenomenele sunt aranjate ordonat, în conformitate cu nişte „criterii" predeterminate (J.K. Wing). Este evident faptul că o clasificare validă este cea care se întemeiază pe *criterii* de „identificare" şi de „diferenţiere" a obiectelor sau a fenomenelor pe care le are în vedere. Rezultă de aici faptul că „aria de clasificare" va cuprinde într-o manieră ordonată şi logic explicită un „câmp epistemic" în care se regăsesc grupate obiecte sau fenomene înrudite, aparţinând prin această „relaţie de înrudire" aceluiaşi „ansamblu de clase", aşa cum afirmam mai sus.

Nosologia este domeniul ştiinţific al clasificării bolnavilor. Din punct de vedere teoretic, clasificarea trebuie să aibă în vedere „elementele" sau „criteriile" care, prin frecvenţa lor, apropie obiectele sau fenomenele şi, prin această „relaţie de înrudire", le „reuneşte" în aceeaşi „clasă", dar, în acelaşi timp, le atribuie şi o sursă comună.

În cazul *bolilor psihice*, „relaţia de înrudire" este dată de abaterea de la normalitatea psihică, iar în ceea ce priveşte „originea" şi „specificitatea", intră în discuţie, în primul caz, „factorii etiologici", iar în cel de-al doilea caz, „factorii psihopatogenetici". Corelat cu aceşti factori, se discută, în mod corespunzător, „terapeutica" şi „prognosticul".

Importanţa clasificării bolilor psihice, atât teoretică, cât şi etică, se raportează la *diagnosticul clinic.* Rolul diagnosticului clinic este „de a recunoaşte un model clinic particular" (J.K. Wing).

Baza criteriologică a clasificării bolilor psihice o reprezintă simptomatologia psihiatrică. Orice clasificare în sfera psihiatriei se întemeiază pe observarea simptomelor şi a semnelor pe care le pun în evidenţă, în primul rând, anamneza bolnavului şi, în al doilea rând, examenul clinic. Pe baza simptomatologiei clinice se va putea întocmi un „glosar de definiţii" care să reprezinte o veritabilă „monografie-ghid" de psihopatologie, cu rolul de „reper diagnostic".

18. Nosologia psihiatrică II
(Evoluţia concepţiilor nosologice în psihiatrie)

Cadrul general al nosologiei

A clasifica înseamnă a compune o *clasă* sau un *ansamblu de clase* în care obiectele sau fenomenele pot fi aranjate după criterii predeterminate. O clasificare este cu atât mai satisfăcătoare cu cât criteriile de identificare sunt mai precise.

O *nosologie* se defineşte, în mod obişnuit, ca fiind clasificarea sau „ştiinţa despre boli". Ea reprezintă o clasificare a fenomenelor morbide în conformitate cu scopurile medicale, atât teoretice, cât şi practice. În scopul acesta, se consideră că apartenenţa unei boli la o anumită „clasă clinică" implică multiple informaţii în raport cu *etiologia*, *diagnosticul*, *terapeutica* şi *prognosticul* acesteia.

Clasificarea fenomenelor patologice are ca punct comun facultatea acestora de a sugera ipoteze. Stabilirea unui diagnostic nu reprezintă altceva decât recunoaşterea unui anumit *model clinic* particular, cu o anumită specificitate şi care apare în mod constant.

Clasificarea *bolilor* în psihiatrie se întemeiază în principal pe *simptomele* şi *semnele* clinice observate de medic la anamneza şi examenul bolnavului psihic. Baza de referinţă constă în stabilirea unui „glosar de definiţii" diferenţiate ale fenomenelor clinice care pot fi întâlnite şi care constituie un veritabil „cod" sau „limbaj" prin care se stabileşte un acord inteligibil între psihiatri şi bolile psihice. Acest *cod* sau *glosar* va constitui nucleul „psihopatologiei clinice". În felul acesta, orice clasificare a bolilor psihice devine o necesitate logică de ordonare a unor cunoştinţe în conformitate cu o „ordine raţională".

Psihiatrii nu pot accepta o „persoană diferită" ca mod de a gândi, de a acţiona sau de a se comporta altfel decât în concordanţă cu rigorile realităţii fizice, socioculturale şi sufleteşti-morale, admise ca norme în cadrul unui grup social de referinţă. Tot ceea ce iese din „cadrele" acestui tip de persoană este de domeniul patologicului, reprezentând „persoana bolnavă psihic".

Separând *nebunii* de celelalte categorii de indivizi eliminaţi de societate, se recunoaşte acestor persoane statutul medical de „bolnavi psihic", un statut atribuit de psihiatrie, care îl va înlocui pe cel de „persoană normală".

Ideea de *nebunie* s-a format încă din Antichitate, în raport direct cu apariţia şi dezvoltarea *cetăţii* (M. Foucault). Viaţa socială, cu normele sale obligatorii pe care le instituie şi le impune cetăţenilor săi, aduce în planul juridic şi în cel al conştiinţei morale noţiunile de *culpabilitate* şi de *responsabilitate*, care ulterior, în decursul evoluţiei istorice, se vor extinde şi asupra *nebuniei* şi, în mod implicit, asupra persoanei şi situaţiei *nebunilor*. În sensul acesta, sunt recunoscute două forme de nebunie (M. Foucault):

a) o „nebunie benefică”, considerată de Platon un „dar divin” (*theamania*), care îl deosebeşte pe individ de semenii săi prin anumite calităţi sau acţiuni neobişnuite ;
b) o „nebunie malefică”, considerată o stare de „rătăcire a spiritului”, o boală periculoasă ce schimbă natura umană (*insania*, *furor*, *mania*, *dementia*), necesitând tratament, supraveghere sau pază riguroasă.

Cei cărora le revine dreptul de a decide asupra „normalităţii” sau „anormalităţii”, respectiv a *stării de sănătate mintală* sau de *boală psihică* a unui individ, sunt *medicii psihiatri*, nebunia fiind, în felul acesta, inclusă în „câmpul de cunoaştere şi acţiune al medicinei” (P. Berner, H. Luccioni).

La vremea sa, Ph. Pinel vorbeşte despre trei dimensiuni caracteristice ale bolilor psihice, care pot constitui criterii de clasificare a acestora.
a) criterii de ordin etiopatogenetic în raport cu natura organică sau funcţională a bolilor ;
b) criterii raportate la tipul de manifestare clinică a bolilor psihice, respectiv la simptomatologia lor ;
c) modul de evoluţie diferit al bolilor psihice în raport cu alte tipuri de manifestări patologice.

Toate acestea demonstrează că orice încercare de a clasifica bolile psihice implică un efort de găsire a unor „criterii” de orientare şi, ulterior, de stabilire a unor „modele” specifice ale fenomenelor psihice morbide.

Modelul nosologic

Intenţia clinicii psihiatrice este de a stabili nişte „modele nosologice” ale tulburărilor psihice, respectiv „imaginile clinice ale nebuniei”.

Se remarcă faptul că, încă de la începutul ei, psihiatria, ca disciplină clinico-medicală, reclamă necesitatea clasificării bolilor psihice ca atitudine metodologică de organizare şi de delimitare a obiectului său, reprezentat prin *boala psihică*. Nosologia apare aşadar ca fundamentul oricărei metodologii psihiatrice.

Clasificarea bolilor psihice se impune ca o necesitate adaptativă, dar şi pentru înţelegerea obiectului psihopatologiei. Acesta este punctul de plecare al „cunoaşterii” ordonate şi sistematice a bolii psihice. Nosologia apare astfel ca „o etapă către ordinea raţională” (Cl. Lévi-Strauss).

Definirea şi clasificarea bolilor psihice trebuie să se raporteze la un *model*. Acest model a variat continuu în decursul istoriei nebuniei şi psihiatriei, în raport cu mentalităţile moral-religioase şi socioculturale, până la acceptarea unui „model medical” (T.K. Osterreich, M. Ristich de Groote, J. Postel şi Cl. Quetel, H. Tellenbach, P. Berner şi H. Luccioni, Ph. Rappard).

O analiză a modelelor care reprezintă nebunia, în ordinea succesiunii istorice a acestora, este prezentată în continuare :

1. *Modelul magico-religios* este raportat la ideea de posesiune de factură benefic-divină (*theamania*) sau malefică (demonică sau *demonopatia*).
2. *Modelul moral-religios* este legat de ideea de păcat, nebunia fiind considerată o „pedeapsă” în raport cu „virtuţile morale” ale individului, considerate ca daruri. Păcatul este legat de „vinovăţia morală” a individului, care, „lovit de soartă”, va fi condamnat la o existenţă tragică.

3. *Modelul medico-moral* consideră nebunii ca fiind bolnavi psihic, a căror suferinţă este raportată la sfera pasiunilor, menţinându-se, prin aceasta, în prim-plan esenţa morală a nebuniei.
4. *Modelul medico-biologic* consideră nebunia o formă de „degenerescenţă", o degradare atavică a individului, contrară procesului de evoluţie a acestuia. Ea reprezintă o „reîntoarcere" către formele primitive, ancestrale ale etapelor de evoluţie umană, fiind marcată, în cazul bolnavilor psihic, prin prezenţa unor „stigmate" fizice şi psihice.
5. *Modelul conform ştiinţelor naturii* consideră nebunia un element din ordinea naturii, definibil, descriptibil şi clasificabil ca oricare alte componente ale *physis*-ului. Este un punct de vedere inaugurat de K. Linné şi care poate fi urmărit până la E. Kraepelin.
6. *Modelul conform ştiinţelor umaniste* priveşte nebunia ca pe o experienţă sufletească intimă, personală a fiecărui bolnav psihic, ca pe un „fenomen psihic morbid" care se opune calitativ „normalităţii psihice". Neavând un caracter material, el scapă analizei empirice, putând fi cunoscut, analizat şi înţeles prin metoda reflecţiei filozofice, în speţă, prin analiza fenomenologică sau interpretarea hermeneutică (K. Jaspers, L. Binswanger, H. Tellenbach, R. Kuhn, A. Lanteri-Laura, A. Tatosian, E. Minkowski, M. Manfredi, D. Cargnello).

Modelele sus-menţionate nu reprezintă „forme clinice" ale nebuniei, ci modalităţi de înţelegere a acesteia sau, altfel spus, „atitudini metodologice" faţă de „fenomenul nebuniei". Ele sunt, în primul rând, „etape epistemologice" în cunoaşterea fenomenelor clinice ale nebuniei, care au condus la constituirea conceptului de *boală psihică*, ce reprezintă ideea centrală a oricărei nosologii psihiatrice, aşa cum vom căuta să arătăm în continuare.

Conceptul de boală psihică

Ideea de *boală psihică* este rezultatul unui lung proces de constituire epistemologică, în care îşi aduc contribuţiile cunoştinţele generale despre om (antropologia), studiul bolilor (medicina), atitudinea faţă de omul aflat în suferinţă (psihologia, morala, religia) şi sistemul de valori socioculturale.

Conceptul general de „boală" are accepţiuni diferite din punct de vedere istoric, în raport cu criteriile luate în considerare, aşa cum s-a arătat mai sus. În sensul acesta, M. Sendrail recunoaşte existenţa în paralel a unei „istorii medicale" a bolii şi, concomitent, a unei „istorii culturale" a acesteia. M. Foucault face precizarea că în cadrul medicinei boala reprezintă un domeniu epistemologic particular, cu caracteristici şi evoluţie proprii, absolut specifice. În sensul acesta, autorul menţionat se crede îndreptăţit să accepte existenţa unei „arheologii a cunoaşterii medicale". F. Laplantine extinde sfera acestei probleme, vorbind chiar despre o „antropologie a bolii", prin dispunerea tematicii medicale în sfera ştiinţelor umaniste.

În ceea ce priveşte boala psihică, interpretările antropologice ale acesteia sunt multiple şi extrem de interesante, ele deschizând perspectiva unei înţelegeri noi, care lărgeşte considerabil cadrele strict limitate ale clinicii psihiatrice (A. Zutt, R. Minkowski, R. Kuhn, L. Binswanger, K. Jaspers, V.E. von Gebsattel, A. Christian).

Contribuţiile antropologice şi psihologice au reuşit să „construiască" o imagine mult mai complexă a bolii, adâncind cunoştinţele în acest domeniu, fără însă a „medicaliza" nici boala psihică şi nici domeniul psihiatriei.

Boala este tema centrală a medicinei, dar, concomitent, se oferă ca subiect de reflecţie şi domeniului ştiinţelor umaniste, fiind „suferinţa" trăită de persoană. Prin aceasta, ea depăşeşte cadrele medicinei, fără însă a ieşi din sfera medicală. Se poate spune că, de fapt, medicina absoarbe cunoştinţe şi metode din alte domenii, îmbogăţindu-şi şi completându-şi în felul acesta permanent atât metodele specifice, cât şi modul de „a vedea" şi de „a înţelege boala". Rezultatul este o „imagine" nouă, complexă, atât ca întindere, cât şi ca adâncime, a bolii, care devine „fenomenul morbid" al umanului, starea patologică. Toate aceste aspecte trebuie luate în vedere atât de medici, cât şi de psihologi. O unică şi exclusivă „înţelegere" a bolii din perspectiva medicinei se dovedeşte incompletă metodologic şi insuficientă epistemologic. Boala devine „centrul de întâlnire" a medicinei cu psihologia şi antropologia medicală.

Psihologia medicală se constituie ca un domeniu de reflecţie teoretică, dar şi de acţiune practică în înţelegerea şi explicarea bolii. Dar, spre deosebire de spiritul clasic al clinicii, care avea ca obiect de observaţie medicală boala, psihologia medicală îşi va deplasa atenţia asupra persoanei bolnavului (M. Balint, P. Le Gendre, P. Sivadon, E. Rist, H. Sigerist).

Rezultă, în mod explicit, din cele de mai sus că problema se centrează pe aspectul epistemologic al temei, necesitând o riguroasă precizare a *obiectului* şi *metodologiei*.

Importanţa psihologiei medicale constă în faptul că vine să completeze punctul de vedere clinic referitor la boală. Indiferent de natura acesteia, somatică, psihică sau psihosomatică, boala are un dublu aspect. Pe de o parte, ea reprezintă un „proces patologic" de natură organică, funcţională sau şi una, şi alta; pe de altă parte, această latură clinico-obiectivă a bolii este dublată de latura sa subiectiv-psihologică, reprezentată prin *suferinţă*.

Orice *boală* este însoţită de *suferinţă*. Cadrul conceptual al suferinţei este mult mai larg ca semnificaţie, întindere şi determinare decât cel al bolii considerate ca „proces patologic" pur şi exclusiv.

Suferinţa este permanent prezentată şi însoţeşte orice proces patologic, în asemenea măsură încât se consideră că orice boală este o suferinţă. Trebuie însă făcută diferenţa între ele, acest aspect fiind de domeniul psihologiei medicale.

Suferinţa care însoţeşte boala este o stare subiectivă, de ordin moral, pe care procesul patologic o declanşează ca pe un veritabil tip de alarmă, ca o reacţie sufletească în planul conştiinţei bolnavului. Suferinţa este trăirea emoţional-afectivă a persoanei bolnavului faţă de propria boală. Dar, în egală măsură, suferinţa se mai reflectă şi prin atitudinea mintală a bolnavului faţă de boală, acest aspect constituind, în comparaţie cu „suferinţa subiectivă", latura „ideativă" a atitudinii faţă de boală. Ea constă în întrebări, obsesii şi fobii, îndoieli, false reprezentări, iluzii şi senzaţii, speranţe, refuzul de a vedea şi de a accepta realitatea, conduite de refugiu etc.

Suferinţa ca stare emoţional-subiectivă sau ca atitudine a bolnavului este o situaţie care se „comunică" imediat de către acesta celorlalte persoane din anturajul lui. Comunicarea are un caracter emoţional-afectiv, influenţând direct şi modificând tipul de relaţii în sfera anturajului bolnavului, în primul rând a familiei acestuia, precum şi a altor persoane care-i sunt apropiate.

Printr-un proces de transfer pozitiv, anturajul bolnavului preia trăirile subiective ale acestuia, adoptând, la rândul său, atitudini diferite, de următorul tip: compasiune, înţelegere, susţinere, încurajare, propunerea unor soluţii, amenajarea unor conduite şi condiţii protective adecvate, manifestarea unei devoţiuni.

Sunt însă posibile şi situaţii contrarii. Dacă situaţiile sus-menţionate sunt frecvente şi specifice bolilor somatice, în special celor grave, cu evoluţie rapidă sau cronică, de regulă incurabile, letale, în cazul bolilor psihice atitudinea anturajului se modifică, în sensul că manifestările acestuia faţă de suferinţa bolnavului se pot manifesta prin următoarele: dezgust şi antipatie (în cazul alcoolicilor şi al toxicomanilor), teamă (pentru bolnavii epileptici), rejecţie, dorinţă de izolare (stările de agitaţie coleroasă, bolnavii deliranţi), sentimente de compasiune sau de culpabilitate (în cazurile cu depresii, melancolii, acte suicidare), dorinţa de separare a bolnavului de anturajul acestuia (în cazurile de evoluţie cronică, irecuperabile, oligofrenie), abandonul bolnavului (oligofrenie, malformaţii, demenţe).

Anticipaţia

Orice analiză a proceselor psihopatologice pune în discuţie, în ceea ce priveşte „clasificarea" lor, două aspecte: *normalul* şi *patologicul* sau *sănătatea* şi *boala*. Între acestea este foarte greu de trasat o demarcaţie precisă, întotdeauna *ceva* se interpune între sănătate şi boală.

Un studiu recent al lui J. Sutter aduce în discuţie o problemă menită să clarifice această dispută, prin introducerea conceptului de „anticipaţie" în psihopatologie.

Anticipaţia este un concept dinamic prin care „individul se îndreaptă către viitorul său cu ajutorul unor proceduri afective şi cognitive obişnuite", afirmă Y. Pelicier. Ea reprezintă „o stare psihologică sau psihopatologică previzibilă", uşor de recunoscut, şi constă în elaborarea unei situaţii de perspectivă. Din acest motiv, are un rol esenţial în înţelegerea dinamicii proceselor psihopatologice.

Pentru J. Sutter, „anticipaţia dispune şi organizează în funcţie de viitorul personal orice activitate umană". În sensul acesta, J. Sutter distinge patru niveluri ale anticipaţiei, corespunzătoare tiparelor de experienţă temporală:

a) nivelul biologic şi intelectual;
b) nivelul afectiv şi hedonic;
c) nivelul social sau al scopurilor personale;
d) nivelul etic şi al transcendenţei.

Din punct de vedere psihologic şi psihopatologic, J. Sutter afirmă că „anticipaţia este mişcarea prin care omul se îndreaptă cu întreaga sa fiinţă dincolo de prezent, într-un viitor mai apropiat sau mai îndepărtat, dar care, în mod esenţial, este viitorul său". În felul acesta, „anticipaţia" prefigurează destinul persoanei.

La baza procesului de anticipaţie stau forţe pulsionale interne care mobilizează fiinţa, proiectând-o către viitor. Astfel, anticipaţia ne apare ca fiind anterioară obiectivelor, ea fiind o „propulsiune către", o „orientare" vectorializată către ceva anume. Din aceste considerente, anticipaţia este şi expresia unei „dinamici temporale" a personalităţii umane (E. Minkowski, A. Adler).

Anticipaţia ocupă un loc deosebit în psihopatologie, întrucât, aşa cum afirmă J. Sutter, „în conduitele de anticipaţie se relevă constant şi inevitabil boala". Anticipaţia implică o funcţie temporală de „expectaţie", de „aşteptare" a unui eveniment care urmează să se producă.

Nu există o linie de demarcaţie netă între manifestările normale şi cele patologice ale anticipaţiei. În ambele situaţii, aceleaşi mecanisme psihologice sunt puse în funcţiune. Anticipaţia este o conduită care organizează, în funcţie de viitorul personal, orice activitate umană psihomotoare, intelectuală sau afectivă. Ea este desfăşurarea la întâmplare a comportamentelor, organizând conduite de aşteptare.

După J. Requin, anticipaţia se desfăşoară în următoarele trei etape succesive:

a) elaborarea unui proiect de acţiune;
b) selecţia şi organizarea strategică a formulelor de acţiune;
c) etapa de execuţie.

Anticipaţia este procesul psihodinamic pe care-l surprindem ca manifestare temporală existentă. În ceea ce priveşte mobilurile interne ale procesului de anticipaţie, există mai multe teorii care încearcă să dea o explicaţie.

În psihanaliză, S. Freud pune accentul pe dinamica pulsiunilor inconştiente. C. von Monakow şi R. Mourgue vorbesc despre *hormé*, care reprezintă tendinţa propulsivă a fiinţei vii cu toate potenţialităţile acesteia ce o orientează către o adaptare creatoare a vieţii şi a conduitelor de existenţă. H. Tellenbach pune problema *endon*-ului, în care vede sursa şi natura energiei psihice. H. Ey insistă asupra unei organizări dinamice care poartă în ea o putere de transformare şi pe care o numeşte „corpul psihic", fiinţa esenţială a timpului, a devenirii şi a finitudinii persoanei.

Din cele de mai sus se poate desprinde faptul că „anticipaţia" este procesul dinamic ce orientează direcţia de evoluţie viitoare a personalităţii în raport cu potenţialităţile acesteia. Orientarea anticipativă poate avea un caracter psihopatologic, constituind premisa organizării tablourilor clinice morbide, a bolilor psihice propriu-zise. În sensul acesta, avem de-a face cu fenomene diferite de anticipaţie psihopatologică (nevroze, psihoze, stări fobic-anxioase, obsesii, tulburări isterice, stări depresive etc.). Toate aceste aspecte introduc tematic anticipaţia în sfera organizării nosologiei psihiatrice.

19. Nosologia psihiatrică III (Clinica sistematică a bolilor psihice)

Dispoziţie şi boală

La originile sale, *nebunia* a avut o semnificaţie moral-religioasă. Aceasta este imaginea culturală a nebuniei, pe care o întâlnim în scrierile Vechiului Testament. „Delirul profetic” era „glasul conştiinţei colective”, iar profetul – cel prin gura căruia Dumnezeu vorbea poporului. Din aceste considerente, „vocea profeţilor” nelinişte, înfricoşa, obliga la supunere şi ascultare, restabilind ordinea morală şi religioasă a lumii.

Nebunia va evolua într-un dublu sens : *cultural* şi *medical*.

Platon vorbeşte atât despre „nebunia divină”, considerată un „dar al zeilor”, cât şi despre „nebunia-boală”. Hipocrat, stabilind cele patru tipuri de temperament (coleric, sangvinic, melancolic şi flegmatic), pune bazele teoriei constituţiei, dar, concomitent, şi a „predispoziţiei” morbide.

La vechii greci, nebunia era o pedeapsă divină pentru cei care, prin acţiunile lor, se împotriveau voinţei zeilor (*hybris*). Nebunia (*Ate*) lovea omul luându-i minţile şi dezonorându-l. Sentimentul de vinovăţie era plătit prin sacrificiul de sine, iar nebunia în Antichitate era plasată în registrul tragic al existenţei umane, aşa cum apare ea la tragicii greci în cazul lui Ajax, Hercule, Oreste etc.

În Noul Testament, lucrurile se schimbă. Semnificaţia morală şi religioasă a nebuniei este păstrată, dar apare ca o pedeapsă pentru păcatul omului care s-a rupt de Dumnezeu, idee care trimite la păcatul originar, „pervertirea chipului lui Dumnezeu din om” sau conştiinţa morală. Adam este prototipul acestui păcat, care se va transforma într-un complex al culpabilităţii pe care omenirea îl va purta permanent. Vinovăţia lui Adam este „păcatul originar” al desprinderii omului de modelul arhetipal al tatălui. Această revoltă a fiului împotriva tatălui este un vechi „motiv mitologic”, cu adânci semnificaţii psihologice. El preexistă „complexului lui Adam” şi îl întâlnim în confruntarea dintre Zeus-fiul şi Saturn-tatăl, când fiul revoltat îşi „castrează” tatăl, ca un gest simbolic de preluare a vitalităţii sau autorităţii acestuia.

În *creştinism*, nebunia este un păcat. Ea poate fi *anulată* prin reîntoarcerea la tată a fiului, iar Iisus este cel care va realiza această legătură ruptă, restaurând omul ca fiu al lui Dumnezeu, redându-i valoarea morală originară.

În Evul Mediu creştin, nebunia era considerată ca suferinţă morală, fiind inclusă în „ierarhia viciilor”. Păcatele şi patimile sufleteşti se amestecau. Instituţia care era învestită cu cenzurarea patimilor sau a păcatelor umane era Biserica.

În Renaştere, asistăm la o bruscă schimbare a atitudinii faţă de nebun şi nebunie. Erasmus din Rotterdam publică un opuscul, devenit celebru, *Elogiul nebuniei*, în care, pentru prima dată, *nebunia* se prezintă ca personaj public în faţa societăţii. Vechile tipare se destramă. Apare un nou model – „nebunul ca bufon". Nebunia capătă o semnificaţie hilară, fiind plasată în registrul comicului. Ea nu mai este sursă de teamă, ci devine „personaj de comedie", menţinându-şi prin aceasta funcţiile culturale în societatea vremii.

În epoca iluministă, *nebunia* redevine o temă de interes pentru filozofie, care încearcă să-i dea o explicaţie raţională, de fenomen sufletesc. Terenul este pregătit de R. Descartes, care, în lucrarea sa *Les passions de l'âme*, separă „pasiunile" de sfera moralei, atribuindu-le ca obiect de studiu psihologiei. În acelaşi timp, R. Descartes propune, în lucrarea sa *Reales pour la direction de l'esprit*, măsuri educativ-formative şi terapeutic-curative pentru viaţa sufletească.

Iluminismul preia şi dezvoltă aceste idei, aşa cum vom vedea la J. Locke, D. Hume, dar mai ales la I. Kant, care, în lucrări consacrate acestei teme (*Antropologie* şi *Eseu asupra bolilor capului*), analizând tulburările psihice şi suicidul, subliniază caracterul de „boală" al acestora, pregătind în felul acesta „medicalizarea" nebuniei, care se va realiza la scurtă vreme.

Intrarea definitivă a *nebuniei* în sfera medicinei şi transformarea ei în boală psihică se produc la sfârşitul secolului al XVIII-lea şi începutul secolului al XIX-lea prin Ph. Pinel, a cărui operă psihiatrică este continuată de S. Esquirol în Franţa şi de către A. Tucke în Anglia. La început însă, boala psihică continua să fie privită ca suferinţă morală, aplicându-i-se din acest motiv un tratament corespunzător.

Psihiatria clinică este instituită în Franţa de marii clinicieni ai secolului al XIX-lea, J. Falret, V. Magnan, A. Morel şi B. Ball, iar în Germania, de E. Kraepelin, acesta din urmă fixând şi „cadrele nosologice" fundamentale la care se vor raporta toate clasificările diagnostice viitoare ale bolilor psihice.

O nouă „răsturnare" se va produce la sfârşitul secolului al XIX-lea, când S. Freud medicalizează *pasiunile*, transformându-le în *pulsiuni* pe care le localizează în inconştient, făcându-le responsabile de starea de sănătate sau de boală psihică a individului. Psihanaliza va aduce o nouă formă de „înţelegere" a umanului, o nouă „interpretare" de factură dinamică a vieţii psihice, dar şi o explicare a bolilor sufletului pe care le va trata prin metode psihologice (psihoterapie).

Primele clasificări

Primele încercări de a clasifica formele nebuniei aparţin medicilor, care văd în acestea alterări ale spiritului. Clasificările medicale sunt făcute după modelul ştiinţelor naturii, luându-se ca repere modelele de gândire oferite de medicina somatică. Sunt introduse noţiuni care denumesc formele nebuniei din punct de vedere medical şi se caută localizarea acestora în corpul bolnavului.

Paracelsus îi clasifică pe cei afectaţi de nebunie în următoarele patru grupe:

a) *lunaticii*, la care boala este legată de influenţa fazelor lunare;
b) *insanii*, la care acţionează o afecţiune ereditară;

c) *vesanii*, la care boala este caracterizată prin pierderea simţurilor şi a raţiunii din cauza abuzului de băuturi şi a unei proaste alimentaţii ;
d) *melancolicii*, cazuri în care nebunia este determinată de un viciu intern al naturii acestor indivizi.

O altă clasificare, dintr-o epocă mai analitică, este cea a lui Plater (1609), care distinge tot patru grupe principale de nebunie :

1. *Mentis imbecillitas*, cu două variante :
   a) generală : *hebetudo mentis* ;
   b) particulară : *tarditas ingenii* (pentru imaginaţie), *imprudentia* (pentru raţiune) şi *oblivio* (pentru memorie).
2. *Mentis consternatio*, privind somnul nenatural, reprezentată prin :
   a) *somnus immodicus*, *profundus* (la oamenii normali) ;
   b) *somnus lethargus*, *catalepsis* (la bolnavi) ;
   c) *stupor* (apoplexie, epilepsie, catalepsie).
3. *Mentis alienatio*, care cuprinde următoarele :
   a) *stultitia* (de cauze înnăscute) ;
   b) *temulentia*, *animi commotio* (de cauze externe) ;
   c) *mania*, *melancholia*, *parenitis* şi *paraphernitis* (de cauză internă, cu febră sau fără febră).
4. *Mentis defatigatio*, desemnând starea de insomnie.

La scurt timp, Jonston (1644), referindu-se de data aceasta în mod direct la „bolile creierului", distinge opt grupe de tulburări, şi anume :

a) tulburări ale simţului intern (cefalalgiile) ;
b) tulburări ale simţului comun (coma) ;
c) tulburări de imaginaţie (vertijul, ameţeala) ;
d) tulburări ale raţiunii (uitarea, delirul, frenezia, mania, turbarea) ;
e) tulburări ale simţului intern (letargia) ;
f) tulburări ale mişcării animale (moleşeala, neliniştea, tremurătura, cutremurarea, paralizia, spasmul) ;
g) tulburări ale excreţiilor (catarul) ;
h) tulburări care reproduc stări mixte sau boli în care simptomele se amestecă (epilepsia, catalepsia, apoplexia).

Se poate remarca la clasificările bolilor prezentate mai sus că afecţiunile somatice şi cele psihice sunt puţin diferenţiate, iar modul de a privi şi înţelege boala psihică este puternic influenţat de modelul somatic al bolii.

Începând cu secolul al XVII-lea, modul de a înţelege boala psihică se diferenţiază treptat de modelul somatic, începând să capete o configuraţie proprie, pe care o vedem în concepţiile nosologice ale epocii.

Boissier de Sauvages, în lucrarea sa *Nosologie méthodique* (1763), utilizează în locul termenului „nebunie" pe cel de „vesanie", considerată ca o „tulburare a raţiunii". Acesta distinge patru ordine ale vesaniilor, aşa cum se poate vedea mai jos :

1. Ordinul I cuprinde *halucinaţiile*, considerate ca afecţiuni ce tulbură imaginaţia şi reprezentate prin următoarele specii morbide : vertijul, ipohondria, somnambulismul etc.
2. Ordinul al II-lea cuprinde *bizareriile*, considerate ca tulburări ale apetitului şi în care sunt reunite următoarele specii morbide : apetitul depravat, antipatia, setea excesivă, teroarea, panica, satiriazisul, furia uterină, hidrofobia.

3. Ordinul al III-lea este rezervat *delirului*, ca tulburare a judecăţii, în care intră următoarele specii morbide: demenţa, melancolia, demonomania, mania.
4. Ordinul al IV-lea este cel al *nebuniei amorale*, cu speciile sale: amnezia şi insomnia.

În acelaşi an, K. Linné, în lucrarea sa *Genera morborum* (1763), menţionează trei clase de boli psihice, şi anume:

1. *Boli ideatice*, reprezentate prin: delir, transport, demenţă, manie, demonomanie şi melancolie.
2. *Boli imaginative*, în care include viziunea, vertijul, teroarea, panica, ipohondria, somnambulismul.
3. *Boli patetice*, care cuprind gustul depravat, bulimia, polidipsia, satiriazisul, erotomania, nostalgia, turbarea, hidrofobia, antipatia, anxietatea.

Dacă în clasificările de mai sus se poate remarca influenţa unei „atitudini morale" faţă de boala psihică, considerată o „depravare a sufletului" cu toate consecinţele care decurg de aici, alte clasificări încep să se detaşeze de aceste puncte de vedere, încercând să urmeze o linie cât mai riguros medicală, aşa cum vedem la Weichard şi Kant.

Weichard (1790) clasifică bolile psihice în următoarele două grupe:

1. *Boli ale spiritului* (*Geisteskrankheiten*), reprezentate prin:
   - slăbirea imaginaţiei;
   - vivacitatea imaginaţiei;
   - lipsa atenţiei;
   - reflecţie obstinată şi persistentă;
   - absenţa memoriei;
   - lipsa judecăţii;
   - prostia sau încetineala spiritului;
   - vivacitatea exagerată sau instabilitatea spiritului;
   - delirul.
2. *Bolile sentimentului* (*Gemütskrankheiten*), reprezentate prin:
   - excitaţie (orgoliu, mânie, fanatism, erotomanie);
   - depresiune (tristeţe, dorinţă, disperare, sinucidere).

O contribuţie interesantă o aduce I. Kant în domeniul analizei bolilor psihice. El face acest studiu sub forma unei lucrări independente (*Eseu asupra bolilor capului*, 1764), dar discută subiectul şi în lucrarea sa *Antropologia*, din 1797. Interesul lui I. Kant pentru bolile psihice se înscrie în primul rând în sfera preocupărilor sale morale, nebunia constituind un argument al tezelor susţinute de acesta. Pentru I. Kant, sursa bolilor psihice o constituie pasiunile care tulbură sufletul omului, liniştea sa interioară. Urmările acestora vor fi atât medicale, cât şi morale. Pe aceste considerente, cunoaşterea bolilor psihice se impune atât pentru medici, cât şi pentru filozofi şi moralişti. Pasiunile care stau la baza „nebuniei" sunt, în primul rând, orgoliul şi cupiditatea. Ele pot da naştere halucinaţiilor, divagaţiilor sau delirului.

I. Kant clasifica „bolile capului" sau „nebunia" în două categorii:

a) debilitatea sau idioţia;
b) inversiunea sau grupa tulburărilor mintale, în care intră:
   - halucinaţiile;
   - dereglările facultăţii de a judeca sau delirul;
   - inversiunea raţiunii sau mania (delirul, mania şi demenţa).

Ultimul în această serie este Ph. Pinel, „medicul-filozof” care, medicalizând pasiunile şi incluzând definitiv „nebunia” în sfera medicinei ca „boală psihică”, recunoaşte următoarele forme de tulburări: melancolia, mania, demenţa, idioţia, ipohondria, somnambulismul şi hidrofobia.

Nosologia medico-psihiatrică

Nosologia psihiatrică înregistrează progrese importante în cea de-a doua jumătate a secolului al XIX-lea, în special în sfera clinicii, odată cu acumularea unui enorm material de observaţie psihiatrică. Acest fapt a fost posibil numai în urma operei lui Ph. Pinel de „medicalizare” a nebuniei şi înfiinţarea de azile pentru alienaţii mintal, instituţii unde s-a facilitat desfăşurarea unor observaţii medicale îndelungate pe un mare număr de cazuri clinice. Cele mai importante contribuţii în sensul acesta sunt aduse de Şcoala franceză şi de cea germană de psihiatrie, aşa cum vom arăta mai departe.

J. Falret (1890) susţine că principiile de clasificare a bolilor psihice trebuie stabilite în conformitate cu „metodele naturale”, şi anume ţinându-se seama de următoarele aspecte:

a) ansamblul de caractere comune şi diferenţiale;
b) subordonarea acestor caractere;
c) evoluţia succesivă şi previzibilă a elementelor reunite în cadrul aceleiaşi clase.

Plecând de la aceste „principii”, pe care astăzi le putem considera veritabile „criterii” de clasificare diagnostică, J. Falret distinge trei categorii principale de afecţiuni psihice, şi anume:

1. Tulburări ale facultăţilor intelectuale, morale sau instinctive:
   a) tulburările de inteligenţă, sensibilitate şi voinţă;
   b) tulburările sentimentale, intelectuale şi instinctive.
2. Tulburări cauzate de unele idei sau sentimente predominante ale individului: orgoliu exagerat, delir religios, delir erotic.
3. Tulburări în raport cu întinderea şi gravitatea delirului: alienaţie generală sau parţială, expansivă sau depresivă.

Guislain (1826) distinge existenţa a şase grupe de boli psihice:

a) melancolia sau frenalgia, care este o stare de tristeţe patologică;
b) extazul sau frenoplexia, care constă în suspendarea actelor intelectuale;
c) mania sau hiperfrenia, care este o stare de exaltare pasională;
d) nebunia sau parafrenia, o boală impulsivă cu anomalia voinţei;
e) delirul sau ideofrenia, constând într-o anomalie a ideilor;
f) demenţa sau afrenia, care constă în slăbirea actelor morale şi intelectuale ale bolnavilor.

Se constată faptul că apar şi se impun anumiţi termeni nosologici care, cu diferite variaţii de semnificaţie a conţinutului lor semantico-medical, vor continua să existe în nosologia psihiatrică viitoare.

Un moment important în evoluţia nosologiei psihiatrice este reprezentat de contribuţiile doctrinare şi nosologice ale lui A. Morel şi V. Magnan, preluate ulterior de Şcoala italiană de psihiatrie prin C. Lombroso. A. Morel (1860) introduce o teorie

explicativă în ceea ce priveşte geneza sau cauzele bolilor psihice, cunoscută sub numele de „teoria degenerescenţei", asupra căreia vom reveni. Pe baza acesteia, el propune o clasificare a bolilor psihice, pentru prima dată după criterii etiologice, în şase grupe, şi anume:

a) alienaţia ereditară, care cuprinde următoarele:
   – alienaţia rezultată dintr-un temperament nervos congenital;
   – nebunia morală caracterizată prin tulburări de inteligenţă;
   – persoanele „slabe de spirit", cu înclinaţie spre impulsiuni morbide antisociale şi periculoase;
b) alienaţia toxică, cuprinzând:
   – tulburările cauzate de ingestia unor substanţe toxice (alcool, opiu etc.);
   – tulburări psihice de cauză alimentară;
   – tulburări psihice legate de factori de mediu, climă etc.;
c) alienaţia rezultată prin transformarea unor nevroze, cum ar fi: isteria, epilepsia, ipohondria;
d) alienaţia idiopatică, de cauză încă necunoscută în epocă, reprezentată prin PGP;
e) alienaţia simptomatică, consecutivă unor alte afecţiuni;
f) demenţa.

În aceeaşi perioadă, Baillarger, plecând de la clasificarea bolilor psihice propusă de Marcé (1862), va distinge şi descrie următoarele tipuri de tulburări mintale:

a) vesaniile sau nebunia propriu-zisă (mania, melancolia, monomania, demenţa);
b) nebuniile asociate între ele (mania cu melancolia, monomania cu demenţa, melancolia cu demenţa, mania cu demenţa);
c) vesanii asociate cu tulburări motorii (epilepsia, isteria, coreea, alcoolismul, pelagra);
d) stări patologice congenitale (idioţia, imbecilitatea, cretinismul).

Se poate remarca în cazul nosologiei lui Baillarger o tendinţă de a clasifica bolile psihice după caracteristicile exterioare care le apropie prin asemănare şi mai puţin după criterii etiologice.

Un model interesant de clasificare a bolilor psihice ne este oferit de H. Dagonet, care sistematizează bolile psihice după etiologia şi tipul lor de manifestare clinică. În sensul acesta, H. Dagonet (1862) ne oferă următoarea clasificare a tulburărilor psihice în şapte grupe principale:

a) vesaniile sau nebunia propriu-zisă, în care include: mania, melancolia, stupiditatea, delirurile sistematizate cronice, tulburările psihice cu evoluţie periodică;
b) degenerescenţa mintală, care cuprinde: debilitatea mintală, debilitatea morală şi psihozele degenerative;
c) nebunia morală sau nebunia impulsivă, cu două subgrupe:
   – nebunia morală: mania şi melancolia;
   – nebunia impulsivă: suicidul, homicidul, dipsomania, cleptomania, piromania;
d) nebunii secundare, în care sunt incluse următoarele forme clinice: nebuniile nevrozice (epilepsia şi isteria), nebuniile infecţioase (puerperale şi sifilitice), nebuniile toxice (pelagra, saturnismul, alcoolismul, morfinomania);
e) paralizia generală progresivă sau neurosifilisul;
f) demenţa primitivă, secundară şi senilă;
g) stările morbide congenitale reprezentate prin imbecilitate, idioţie şi cretinism.

Dincolo de aspectele „modelelor clinico-nosologice" prezentate şi discutate mai sus, teoria care marchează profund concepţia clinico-psihiatrică a secolului al XIX-lea referitoare la bolile psihice este *teoria degenerescenţei*, enunţată de A. Morel şi dezvoltată de V. Magnan şi C. Lombroso.

Plecând de la criteriile de evaluare etiologică a bolilor psihice, A. Morel izolează o grupă de afecţiuni cu un caracter particular, la baza căreia stau fie „infirmităţi de evoluţie", fie „infirmităţi de involuţie". Pe primele le consideră „degenerescenţe", pe celelalte le consideră „degradări" ; în sensul acestor delimitări etiologice, sunt izolate următoarele categorii nosologice psihiatrice :

1. *Degenerescenţele*, tare organice ale individului sau care pot fi dobândite familial. K. Regis distinge în această categorie de tulburări următoarele forme clinice :
   a) dezechilibraţii sau „degeneraţii superiori" (dizarmonici, originali, excentrici) ;
   b) degeneraţii propriu-zişi sau „degeneraţii medii" ;
   c) monstruozităţile sau „degeneraţii inferiori" (imbecili şi idioţi).
2. *Degradările*, ce se caracterizează printr-o stare de degradare a fiinţei morale şi psihice a bolnavului. Ea nu este un „viciu de organizare" sau o „slăbire congenitală", ci o stare de „degradare, o slăbire a facultăţilor psihice complet formate" (E. Régis). Tabloul clinic al acestora este reprezentat prin demenţe :
   a) primitive (demenţa senilă, demenţa ASC, PGP) ;
   b) secundare (demenţa vesanică, epileptică sau alcoolică).

Conceptul de degenerescenţă are un caracter prea general ca să poată fi admis şi aplicat în mod curent în clinica psihiatrică (J. Fabet, J. Rogues de Fursac, E. Régis). El nu corespunde nici unei noţiuni nosologice bine definite (A. Gilbert-Ballet). Vag şi imprecis, termenul desemnează o multitudine de simptome, destul de greu de reunit într-un tablou clinic unic, cu o evoluţie şi un prognostic variat. Singurul punct comun al „stărilor de degenerescenţă" este „caracterul negativ" al acestora, prin care se încearcă să se explice multe dintre aspectele clinico-psihiatrice (B. Ball). Ceea ce poate fi admis este faptul că „degenerescenţa" este unul dintre aspectele care trebuie totuşi incluse în sfera „dispoziţiilor ereditare" ce explică apariţia şi dinamica unor afecţiuni psihice, în felul acesta discuţia deplasându-se de la „teoria degenerescenţei" la „teoria eredităţii" în explicarea genezei bolilor psihice şi în primul rând a psihozelor endogene, a stărilor de arieraţie mintală, a psihopatiilor etc.

Deşi abandonată astăzi, *teoria degenerescenţei* cuprinde, *in nuce*, ideea de ereditate tarată sau patologică, cu implicaţii asupra formării sistemului personalităţii individului. Interesant este faptul că, deşi formal abandonată, ea revine în câmpul epistemologic al psihopatologiei sub forma *deficienţei*, care nu este altceva decât o reevaluare a degenerescenţei dintr-un alt punct de vedere, şi sub forma *deteriorării*, corespondentul degradării ; aspecte pe care, de altfel, le-am amintit deja în capitolele anterioare.

Ceea ce se poate desprinde deocamdată este faptul că teoriile nosologice ale secolului al XIX-lea reprezintă o importantă contribuţie la dezvoltarea cunoştinţelor despre nebunie şi bolnavul psihic, ce va contribui în mod deosebit la dezvoltarea unei *nosologii clinice*, bază teoretică din care se vor constitui ulterior psihopatologia şi teoriile moderne de clasificare a bolilor psihice.

Nosologia clinică

A doua jumătate a secolului al XIX-lea şi primele decenii ale secolului XX sunt dominate, în ceea ce priveşte nosologia psihiatrică, de contribuţiile extrem de importante ale Şcolii germane de psihiatrie (E. Kraepelin, E. Bleuler, K. Schneider, K. Kleist şi K. Leonhard). Acestea au făcut posibilă adâncirea cunoştinţelor asupra bolii psihice, deschizând perspectiva unei abordări antropologice a bolnavului psihic (L. Binswanger, K. Jaspers, R. Kuhn, A. Zutt, V.E. van Gebsattel, H. Tellenbach).

Cea mai importantă clasificare clinică a bolilor psihice, ce s-a impus şi reprezintă baza oricăror forme de sistematizare a acestora, a fost propusă de E. Kraepelin, care a definit, descris şi delimitat următoarele categorii nosologice considerate fundamentale în psihiatria clinică, şi anume: demenţa precoce, psihoza maniaco-depresivă, paranoia, parafrenia, demenţele.

Ulterior, E. Bleuler (1911), psihiatru elveţian de limbă germană, va preciza cadrul clinic al „demenţei precoce", pe care o va denumi schizofrenie, descriindu-i caracteristicile psihopatologice şi formele clinice. Cercetările referitoare la schizofrenie sunt reluate şi dezvoltate de E. Minkowski şi L. Binswanger, în spiritul Şcolii de psihiatrie a lui E. Bleuler, acest cadru clinic înlocuind vechea „demenţă precoce" şi impunându-se definitiv.

Spre deosebire de E. Kraepelin şi E. Bleuler, care clasifică bolile psihice după criterii clinico-psihiatrice legate de evoluţie şi tipul de manifestare, K. Schneider face o clasificare după un model pe care-l numeşte psihopatologie clinică. În sensul acesta, el distinge două mari categorii de afecţiuni psihiatrice, şi anume:

1. Varietăţi anormale ale fiinţei psihice:
   - aptitudini intelectuale anormale;
   - personalităţi anormale;
   - reacţii anormale la evenimentele vieţii trăite.
2. Consecinţe ale bolilor şi malformaţiilor:
   - grupa afecţiunilor somatologice (intoxicaţii, PGP, infecţii, boli cerebrale, traumatisme, ASC, afecţiuni senile, epilepsie);
   - grupa afecţiunilor psihologice (tulburări de conştiinţă, tulburări de personalitate, demenţe).

La aceste două grupe principale adaugă, ca forme clinico-psihiatrice, „psihozele endogene", reprezentate prin PMD şi schizofrenie.

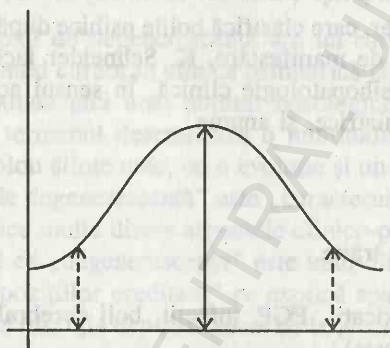
Psihiatria sistematică

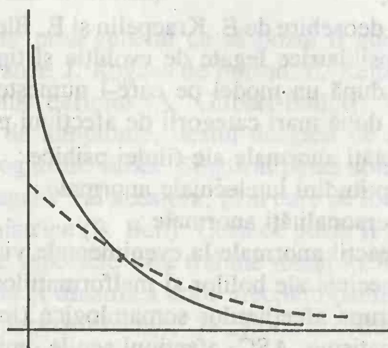
Cercetările actuale de psihiatrie caută o clasificare a bolilor psihice după anumiţi „factori" caracteristici care să răspundă unui „set" de probleme, cum ar fi: etiologia bolilor psihice, tipul de evoluţie clinică, nivelul de alterare a personalităţii, gravitatea procesului psihopatologic, prognosticul bolii, modul de răspuns la tratament etc. În plus, se urmăreşte stabilirea unui „limbaj psihiatric comun", capabil să exprime, dar concomitent să şi reprezinte *acordul doctrinar* al tuturor specialiştilor în psihiatrie.

În sensul acesta se înscriu clasificările internaţionale AMDP, în sfera psihiatriei europene, şi DSM-III-R şi DSM-IV, în sfera psihiatriei americane. Deşi interesante şi utile ca instrumente de utilizare curentă, ele s-au generalizat, fără însă a înlocui sistemele clasice de clasificare a bolilor psihice, întrucât acestea reprezintă un anumit „model de gândire clinică", ce nu poate fi schimbat prin scheme de clasificare, vizând în primul rând instituirea unor forme de „limbaj clinic" cu caracter formal. O contribuţie interesantă şi importantă în sensul acesta este reprezentată de clasificarea psihiatrică de tip sistematic propusă de P. Berner, pe care o vom prezenta mai jos.

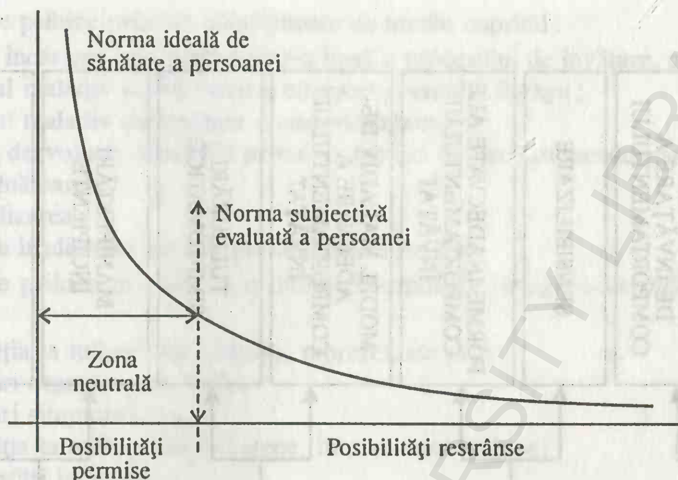
P. Berner consideră că orice clasificare a bolilor psihice trebuie să plece de la „criteriile de normalitate", motiv pentru care se impun definirea şi analiza stării de *normalitate psihică*. Aparent, lucrurile par simple şi clare. În fapt însă, „normalitatea" se dovedeşte nu un concept, ci un domeniu al fenomenelor psihice nepatologice. În sensul acesta, sintetizând datele din literatura ştiinţifică de psihologie, P. Berner recunoaşte existenţa a două aspecte principale pentru starea de normalitate:

1. *Normalitatea obiectivă*, cea constatată direct de observator la un subiect sau la o grupă de subiecţi şi care poate fi:
   a) normalitatea statistică, conform curbei lui Gauss;
   b) normalitatea ideală, care reprezintă o aproximaţie posibilă în raport cu o valoare, conform curbei lui Allport, aşa cum se poate vedea mai jos:


a) Normalitatea statistică (curba lui Gauss)


b) Normalitatea ideală (curba lui Allport)

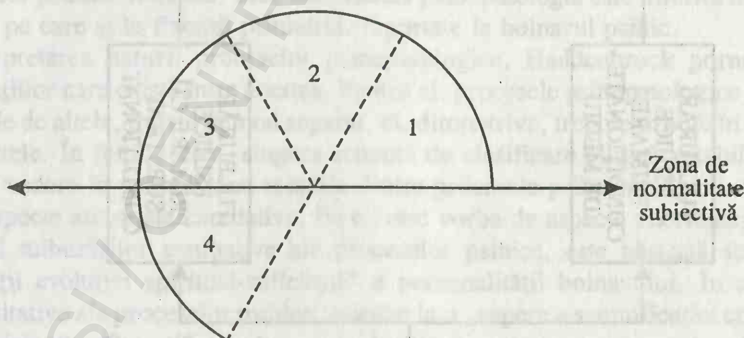
2. *Normalitatea subiectivă*, cea pe care o resimte individul ca pe o stare generală de „bine", de „confort" sau de „echilibru psihic interior". Aceasta are două aspecte sau dimensiuni, după cum urmează:
   a) normalitatea constatată subiectiv, în cadrul căreia aceasta este considerată ca „abaterea de la norma ideală" sau „de la norma statistică", fără a depăşi domeniul neutral. Ea este situată la „graniţa zonei neutrale", aşa cum se poate vedea în schema de pe pagina următoare.
   b) normalitatea funcţională, în cadrul căreia aceasta echivalează cu începutul realizării de sine, respectiv „norma ideală subiectivă".



Plecând de la aspectele de mai sus, reprezentate grafic, ale *stării de normalitate*, P. Berner stabileşte *formele bolilor psihice* şi *conceptul de normalitate.* Astfel, în sfera patologiei sunt incluse următoarele aspecte :

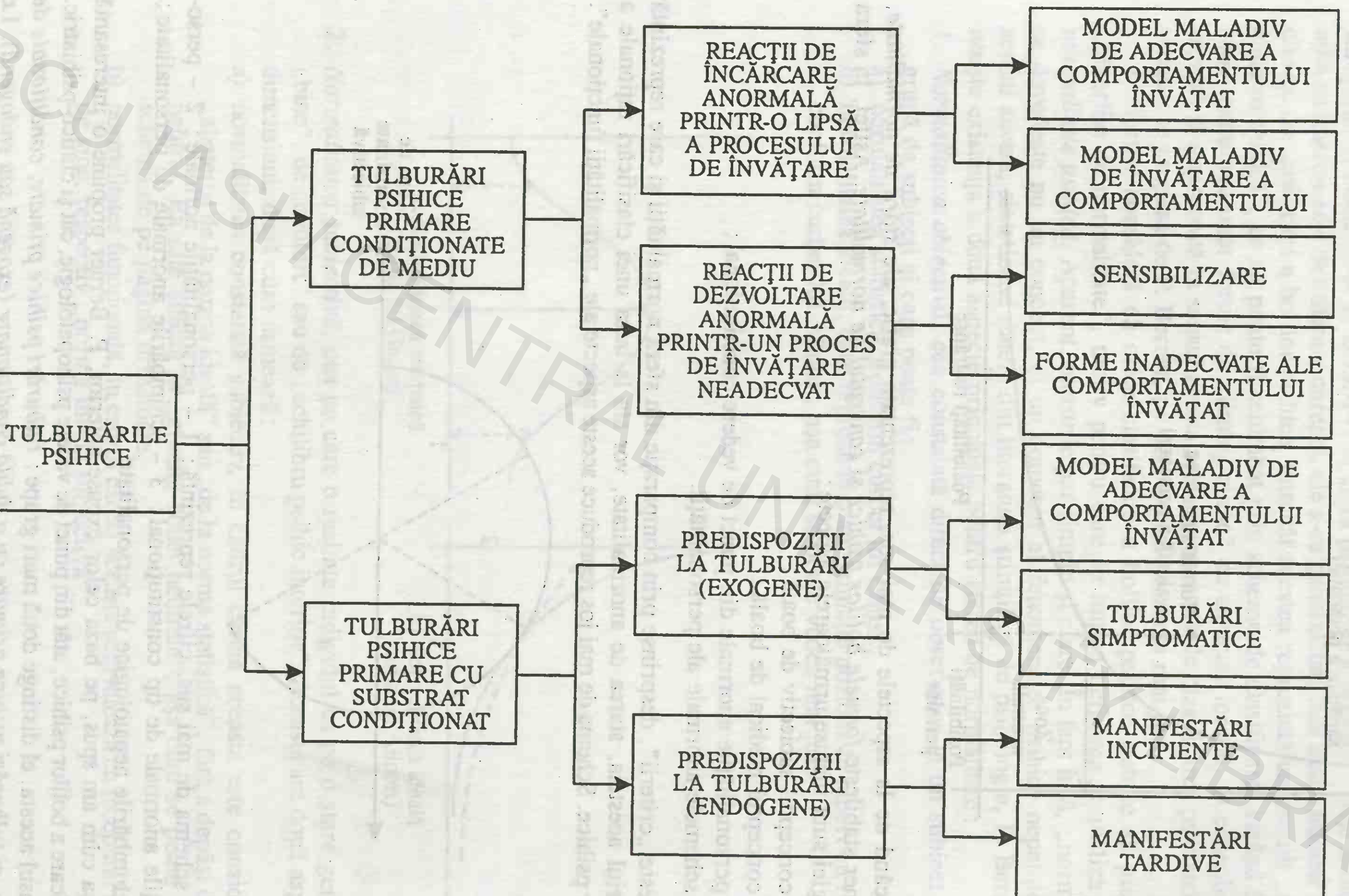
- conceptul subiectiv de boală ;
- conceptul medical de boală ;
- personalităţile anormale din punct de vedere constituţional ;
- schemele anormale ale personalităţii.

Aceste „criterii", desprinse prin comparaţie din sfera normalităţii şi care reprezintă contrariul acesteia, starea de anormalitate, vor sta la baza unei clasificări raţionale a bolilor psihice. Schema de mai jos reproduce aceste aspecte ale „normalităţii funcţionale".



În schema de mai sus, cifrele reprezintă : 1 – personalităţile normale ; 2 – personalităţile anormale de tip constituţional ; 3 – schimbările anormale de personalitate ; 4 – schimbările nepatologice de personalitate.

Aşa cum am spus, pe baza celor expuse anterior, P. Berner propune o interesantă clasificare a bolilor psihice, atât din punct de vedere psihopatologic, cât şi clinico-psihiatric. În sensul acesta, el distinge două mari grupe : *tulburări psihice primare, condiţionate de mediu*, şi *tulburări psihice primare cu o dublă condiţionare* (*exogenă sau endogenă*). Le vom analiza în continuare.


TULBURĂRILE PSIHICE
TULBURĂRI PSIHICE PRIMARE CONDIȚIONATE DE MEDIU
TULBURĂRI PSIHICE PRIMARE CU SUBSTRAT CONDIȚIONAT
REACȚII DE ÎNCĂRCARE ANORMALĂ PRINTR-O LIPSĂ A PROCESULUI DE ÎNVĂȚARE
REACȚII DE DEZVOLTARE ANORMALĂ PRINTR-UN PROCES DE ÎNVĂȚARE NEADECVAT
PREDISPOZIȚII LA TULBURĂRI (EXOGENE)
PREDISPOZIȚII LA TULBURĂRI (ENDOGENE)
MODEL MALADIV DE ADECVARE A COMPORTAMENTULUI ÎNVĂȚAT
MODEL MALADIV DE ÎNVĂȚARE A COMPORTAMENTULUI
SENSIBILIZARE
FORME INADECVATE ALE COMPORTAMENTULUI ÎNVĂȚAT
MODEL MALADIV DE ADECVARE A COMPORTAMENTULUI ÎNVĂȚAT
TULBURĂRI SIMPTOMATICE
MANIFESTĂRI INCIPIENTE
MANIFESTĂRI TARDIVE

I. Tulburările psihice primare condiţionate de mediu cuprind :
1. Reacţii de încărcare anormală printr-o lipsă a procesului de învăţare, ce constau în :
   a) modelul maladiv de adecvare a comportamentului învăţat ;
   b) modelul maladiv de învăţare a comportamentului.
2. Reacţii de dezvoltare anormală printr-un proces de învăţare neadecvat, în care sunt incluse următoarele :
   a) sensibilizarea ;
   b) formele inadecvate ale comportamentului învăţat.

II. Tulburările psihice primare cu o dublă condiţionare (exogenă sau endogenă), care cuprind :
1. Predispoziţia la tulburările exogene, reprezentate prin :
   a) tulburări organice cerebrale ;
   b) tulburări simptomatice.
2. Predispoziţia la tulburările endogene, în care sunt incluse :
   a) manifestări incipiente ;
   b) manifestări tardive.

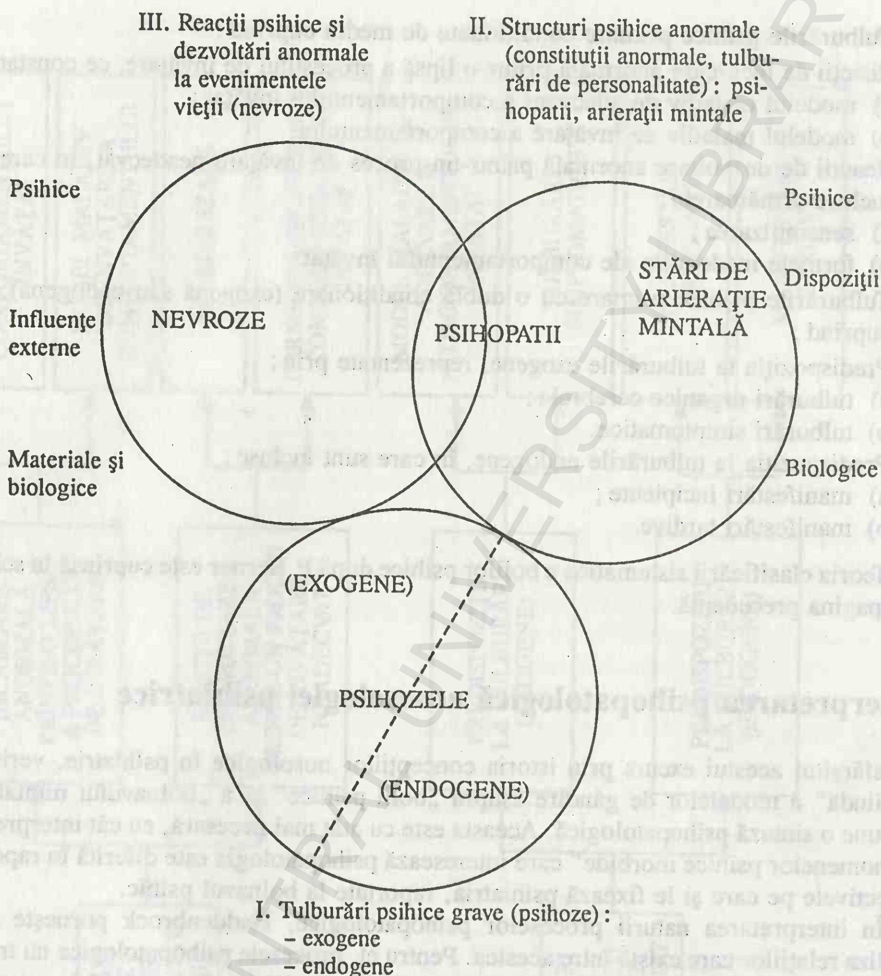
Teoria clasificării sistematice a bolilor psihice după P. Berner este cuprinsă în schema din pagina precedentă.

Interpretarea psihopatologică a nosologiei psihiatrice

La sfârşitul acestui excurs prin istoria concepţiilor nosologice în psihiatrie, veritabilă „oglindă" a modelelor de gândire asupra „bolii psihice" şi a „bolnavului mintal", se impune o sinteză psihopatologică. Aceasta este cu atât mai necesară, cu cât interpretarea „fenomenelor psihice morbide" care interesează psihopatologia este diferită în raport cu obiectivele pe care şi le fixează psihiatria, raportate la bolnavul psihic.

În interpretarea naturii proceselor psihopatologice, Haddenbrock porneşte de la analiza relaţiilor care există între acestea. Pentru el, procesele psihopatologice nu trebuie izolate unele de altele, tratate în mod separat, ci, dimpotrivă, trebuie privite în conexiune unele cu altele. În felul acesta, singura schemă de clasificare clinică valabilă este cea care are în vedere în primul rând relaţiile dintre procesele psihopatologice, fie că este vorba de aspecte anormale cantitative, fie că este vorba de aspecte anormale calitative.

În cazul tulburărilor cantitative ale proceselor psihice, este păstrată semnificaţia „continuităţii evoluţiei spiritual-sufleteşti" a personalităţii bolnavului. În cazul anomaliilor calitative ale proceselor psihice, asistăm la o „rupere a semnificaţiei continuităţii evoluţiei spiritual-sufleteşti" a bolnavului. Aceste aspecte sunt reprezentate în schema din pagina următoare.



I. Cercul de jos cuprinde grupa psihozelor endogene (psihozele afective şi schizofrenii) şi exogene. *Psihozele exogene* sunt condiţionate de influenţele patogene externe (fizice şi biologice) cu efecte negative asupra funcţiilor cerebrale. *Psihozele endogene* au cauze legate de predispoziţiile constituţional-genetice ale personalităţii bolnavilor respectivi.

II. Cercul din dreapta-sus cuprinde tulburările psihice caracterizate printr-o predispoziţie constituţională anormală a personalităţii. Acestea cuprind tulburările constituţionale de caracter şi temperament (psihopatiile), precum şi situaţiile de deficienţă intelectuală cauzate de nedezvoltări intelectuale ale individului (stările de arieraţie mintală, oligofreniile).

III. Cercul din stânga-sus cuprinde reacţiile psihice şi dezvoltările anormale raportate la evenimentele vieţii trăite, precum şi efectul acestor evenimente psihotraumatizante asupra individului (reacţii, nevroze şi dezvoltări).

Sectoarele psihopatologice cuprinse în cercurile II şi III desemnează „anomaliile cantitative” ale personalităţii, între ele existând relaţii contingente. Sectorul psihopatologic cuprins în cercul I desemnează „anomaliile calitative” ale sistemului personalităţii.

Problema nosologiei bolilor psihice este extrem de complexă şi polimorfă, aşa cum se poate vedea. Ea este expresia evoluţiei formelor de gândire psihiatrică, a confruntărilor ideilor despre omul normal şi bolnavul psihic, o tematică ce rămâne permanent deschisă. Înţelegerea acestor aspecte atât de complexe va fi explicată în analiza sistematică, din punct de vedere psihopatologic, a marilor grupe de boli psihice.

Schema clasificării bolilor psihice

Din cele anterior discutate rezultă în mod clar faptul că nu există o opinie unitară în ceea ce priveşte modalitatea de a clasifica tulburările psihice. Diversele „modele nosologice" sunt în primul rând expresia unor „atitudini ideologice medicale" ale diferitelor şcoli de psihiatrie în ceea ce priveşte modalităţile de a delimita, defini, caracteriza şi clasifica tulburările psihice. Fiecare dintre „modelele de clasificare" are avantajele şi lipsurile lui. Acestea sunt determinate şi de „criteriile de clasificare" (etiologice, tipul de evoluţie clinică, modalitatea de „afectare patologică" a sistemului personalităţii, relaţiile bolnavului cu mediul şi cu celelalte persoane, prezenţa sau absenţa unui substrat lezional organic cerebral, tulburările de dezvoltare, tulburări genetice etc.).

Din considerente didactice, pe de o parte, iar pe de altă parte, urmând linia de orientare psihopatologică, am preferat să alegem un tip de clasificare a tulburărilor psihice care să fie conform cu „modelul de organizare" şi cu cel de „dezorganizare" a sistemului personalităţii (vezi capitolele 8 şi 9).

În sensul acesta, am preferat să clasificăm tulburările personalităţii într-un cadru cât mai cuprinzător, care să se refere la toate registrele personalităţii, încercând, în felul acesta, să ieşim din limitele strict şi exclusiv medicale ale clasificărilor clinico-psihiatrice, realizând o „panoramă psihopatologică" cât mai cuprinzătoare a suferinţei personalităţii, care să corespundă cu intenţia noastră expusă în secţiunea I a lucrării de faţă.

Plecând de la aceste consideraţii, vom analiza în secţiunea a III-a a lucrării noastre următoarele tipuri de tulburări psihice:

I. Tulburări psihice pure, în care sunt cuprinse următoarele:

1. Stări de organizare dizarmonică, de natură caracteriopatică, a personalităţii: psihopatiile şi stările psihopatoide.
2. Tulburări reactive şi nevroze, cauzate de factori psihotraumatizanţi externi, cu conservarea conştiinţei şi a personalităţii bolnavilor.
3. Tulburări psihice grave, care afectează conştiinţa şi produc o alterare profundă a sistemului personalităţii bolnavilor, reprezentate prin psihoze. În acest grup, extrem de important, distingem două subclase de tulburări, diferite între ele în primul rând prin cauzele care le produc, tipul de evoluţie clinică, prognosticul şi modalitatea de afectare lezional-organică a creierului. Acestea sunt următoarele:
   a) *psihozele exogene*, tulburări psihice majore care afectează personalitatea şi recunosc o suită de factori etiologici externi ce produc leziuni majore, de diferite tipuri, intensităţi şi localizări pe creier. Ele pot fi următoarele: *psihoze toxice* (alcoolul, toxicomaniile), *psihozele infecţioase* (neurosifilisul), *psihozele organice cerebrale* (traumatismele cerebrale, tumorile cerebrale, abcesele cerebrale, tuberculoamele etc.), *psihozele endocrine* (sau „sindromul psihoendocrin") consecutive unor endocrinopatii şi *psihozele metabolice şi carenţiale* (encefalopatia porto-cavă, pelagra, uremia, psihozele de maternitate etc.);

b) *psihozele endogene* sunt tulburări psihice majore, de o gravitate severă, care afectează sistemul personalităţii fără a fi însoţite de o afectare lezională cerebrală, afecţiuni aparent *sine materia* şi care recunosc o cauză endogenă (predispoziţie morbidă constituţională), având de regulă un caracter genetic. Ele sunt *psihozele afective* (boala afectivă uni- sau bipolară), *psihozele din grupa schizofreniei*, *psihozele delirante cronice simple* sau *halucinatorii*, *psihozele schizoafective*.

4. Tulburări psihice cauzate de o *nedezvoltare* sau *oprire în dezvoltarea* sistemului personalităţii, din diferite cauze (toxice, traumatice, infecţioase, genetice etc.), care survin în viaţa intrauterină, în perioada prenatală sau imediat postnatală a individului. În această categorie intră următoarele tulburări : *stările de arieraţie* sau *oligofreniile*.
5. Tulburări psihice grave, cauzate de unele deteriorări severe, cu evoluţie cronic-progresivă, ale sistemului personalităţii, care apar fie în perioada presenilă (*demenţele Pick* şi *Alzheimer*), fie în perioada de involuţie senilă (*demenţa senilă* şi *prezbiofrenia*) şi care realizează tabloul clinic al *demenţelor* ; în acest grup distingem două subclase :
   a) *demenţele abiotrofice primare*, cu leziuni organice cerebrale ale ţesutului nervos nobil (neuroni şi nevroglie), de tip presenil (Pick şi Alzheimer) şi de tip senil (demenţa senilă şi prezbiofrenia) ;
   b) *demenţele secundare* unor leziuni organice cerebrale de tip vascular, infecţios (luetic), traumatic, toxic (alcoolismul) etc.

II. Tulburări mixte, psihosomatice, în cadrul cărora tabloul clinic este dominat de tulburările somatoviscerale, ca o consecinţă a „conversiunii somatice" a tulburărilor psihice, aşa cum sunt ele întâlnite în următoarele situaţii :

a) conversiunea somatică din cursul isteriei ;
b) afecţiuni clinice *sine materia*, psihice, somatice sau psihosomatice, induse sugestiv fie prin imitaţia altor bolnavi cu care individul vine în contact, fie prin inducţie din contactele repetate cu medicii (consultaţii medicale repetate la diferite specialităţi, investigaţii medicale, încercări terapeutice etc.) ;
c) afecţiuni psihosomatice pure ca forţe de manifestare a unor stări de dezechilibru psihic (astmul bronşic, urticaria, ulcerul gastric, colita, dermatozele etc.).

III. Suferinţele psihomorale cuprind grupa de tulburări ale persoanei care interesează Eul acesteia, conştiinţa de sine, simţul şi conştiinţa morală, responsabilitatea şi discernământul individului. Deşi nu sunt considerate tulburări psihice şi nici nu pot fi ca atare, ele afectează ca suferinţă morală şi trebuie studiate şi cunoscute. În această categorie intră următoarele : dificultăţi de adaptare (izolarea, situaţiile critice sau de impas ale vieţii), dificultăţi de comunicare, consecinţele unor evenimente sau situaţii negative de eşec cu care s-a confruntat individul (frustrări, complexe, situaţii castratoare, carenţe afective etc.), dificultăţi de dezvoltare şi maturizare afectivă şi morală primare sau legate de mediul de viaţă (dependenţă, imaturitate, situaţie oedipiană nerezolvată, devianţe de comportament).

Toate aspectele menţionate mai sus vor fi analizate pe larg în cele ce urmează.

Secţiunea a III-a

Psihopatologie nosologică

Psihopatologia nosologică are ca obiect studiul fenomenelor psihice morbide organizate sistematic sub forma bolilor psihice, aşa cum sunt ele întâlnite în practica medicală curentă din clinicile de psihiatrie. Scopul este de a cunoaşte natura umană în diferitele sale ipostaze oferite de „modelele psihopatologice" ale bolilor psihice, în comparaţie cu starea de normalitate mintală.

Vor fi analizate personalităţile psihopatice, stările reactive şi nevrozele, psihozele organice, toxice şi infecţioase, psihozele endogene (cele afective, schizofrenia, psihozele delirante sistematizate), stările de arieraţie mintală, demenţele şi afecţiunile psihosomatice.

Ca o concluzie, se vor analiza „modelele de personalitate" în condiţii psihopatologice, precum şi aspectele particulare psihobiografice ale bolnavilor psihic.

20. Personalităţile psihopatice

Cadru general

Personalităţile psihopatice ocupă un loc intermediar între starea de normalitate psihică şi marile tablouri psihopatologice. Ele reprezintă un domeniu al patologiei psihiatrice extrem de complex şi polimorf, fapt care a dat naştere la numeroase controverse între specialişti.

Etichetarea diagnostică de personalitate psihopatică include o gamă largă de aspecte psihopatologice, cum ar fi : personalitatea histrionică, compulsivă, stările *borderline*, personalitatea paranoică, antisocială, dependentă, schizotipală, narcisică, schizoidă, pasiv-agresivă, ezitantă etc.

Pentru înţelegerea acestei categorii de fenomene psihice morbide, o incursiune istorică în evoluţia ideilor despre personalităţile psihopatice se impune de la început.

La originea lor, comportamentul şi felul de a fi ale acestei categorii de indivizi au fost etichetate în raport cu valorile morale şi cu normele vieţii sociale, subliniindu-se tendinţa acestor persoane de „a se abate" de la reguli, fapt care a făcut să fie „diferite" de ceilalţi indivizi (Teofrast, La Bruyère, Ph. Pinel, V. Magnan, J.B. Fries).

Psihiatria franceză din secolul al XIX-lea a propus ca mod de explicare a naturii personalităţilor anormale conceptul de „degenerescenţă" expus mai pe larg, considerându-i pe psihopaţi ca fiind personalităţi dezechilibrate congenital (A. Morel, V. Magnan). Acest punct de vedere a fost preluat şi dezvoltat de către C. Lombroso într-un context lărgit, cu caracter interdisciplinar, psiho-socio-medico-antropologic.

În aceeaşi epocă, psihiatria engleză sublinia caracterul de degenerescenţă sau de ireversibilitate morală a acestei categorii de indivizi, pe care-i eticheta drept *moral insanes*.

În secolul XX, problema naturii personalităţii psihopatice şi a raporturilor sale cu psihopatologia, precum şi a locului ocupat în sfera nosologiei psihiatrice a fost complet revizuită şi adâncită considerabil.

În evaluarea personalităţilor psihopatice, K. Schneider pleacă de la criteriul diferenţei sau al abaterii de la norma medie, considerată ca „zonă a normalităţii psihice".

Viaţa ne dovedeşte că oamenii nu sunt egali între ei, existând numeroase variaţii şi diferenţieri chiar în cadrul normalităţii (Dobzhansky). Acest aspect apare cu atât mai pregnant în cazul psihopaţilor. Dar odată stabilit acest aspect, se ridică o nouă problemă : în ce constă diferenţa dintre „personalităţile normale" şi „personalităţile anormale" sau „personalităţile psihopatice" ?

Majoritatea autorilor sunt de acord în a recunoaşte existenţa unei lungi „game intermediare" de aspecte psihopatologice, admiţând în felul acesta dificultatea extremă de a trasa o „limită" între „normali" şi „psihopaţi". În sensul acesta, Kahn vorbeşte despre „normalii discordanţi", Suner şi Pascalis – despre „dezechilibraţii simpli" şi „dezechilibraţii complecşi", Leonhardt introduce conceptul de „personalităţi accentuate", iar Gruhle distinge „personalităţile conflictuale".

Faţă de cele de mai sus se impun câteva criterii de referinţă, capabile de a delimita cadrul „personalităţilor amorale" sau al psihopaţilor. Acestea sunt următoarele:

a) existenţa unor ciudăţenii, bizarerii, excentricităţi psihice la indivizi care se manifestă asocial sau antisocial prin comportamente care au repercusiuni în special asupra relaţiilor interumane;
b) dificultăţile de adaptare-integrare, de comunicare cu lumea, care îi fac pe aceşti indivizi să sufere, producând astfel şi suferinţa persoanelor din anturajul lor;
c) sunt structuri caracteriale şi temperamentale de un tip constituţional particular, înrudite cu sociopatia, anetopatia sau oligotimia;
d) prin cele expuse anterior, aceşti indivizi nu trebuie etichetaţi drept „bolnavi psihic", ci „caracteriopaţi", ei reprezentând personalităţi anormal constituite psihic, de tip constituţional. În sensul acesta, un rol esenţial revine educaţiei, mediului familial de origine, şcolii, societăţii, circumstanţelor de viaţă.

Conceptul de *psihopatie* este legat de aptitudinile congenitale ale unui individ; în sensul acesta, Binder face distincţie între „temperamentul primar" sau „dispoziţia de bază" şi „influenţele mediului extern" asupra individului în procesul de geneză a tipului de personalitate anormală sau psihopatică. Dispoziţia de bază este esenţială în orientarea dezvoltării personalităţii unui individ în direcţia unei psihopatii, pe când mediul reprezintă circumstanţele exterioare patogene care favorizează apariţia nevrozelor, ceea ce este cu totul altceva.

Definiţia şi natura psihopatiilor

K. Schneider afirmă că „personalităţile psihopatice sunt acele forme anormale care suferă din cauza anomaliei lor şi din cauza acestei anomalii suferă şi societatea".

L.A. Koch afirmă că aceste persoane sunt oameni care „nu numai pentru ei, ci şi pentru alţii sunt o povară" greu de suportat. Alţi autori pun accentul pe dificultăţile de „adaptare-integrare" socială, familială, şcolară sau profesională, pe incapacitatea de a se autoconduce şi, în special, pe imaturitatea afectivă şi tulburările lor caracteriale (Kahn, Homburger, Gruhle, Rothacker, Strumpfel).

Dificultatea de a defini psihopatiile derivă şi din natura psihopatologică a acestora, profund diferită de alte forme de manifestare a anormalităţii psihice. Astfel, în evaluarea anormalităţii psihice, Binder aduce în discuţie două aspecte: dispoziţia de bază şi influenţa mediului extern, de care am amintit deja.

În cazul evaluării structurii sau a naturii individuale a unei persoane, K. Schneider propune să se ia în considerare trei complexe de calităţi: inteligenţa, viaţa vegetativ-sensibilă şi personalitatea (caracterul şi temperamentul).

În scopul elucidării naturii *personalităţilor psihopatice*, s-a recurs la o comparaţie a acestora cu *nevrozele.* Se considera, raportat la ambele situaţii menţionate, că „este

apreciat ca normal acel om la care dizarmoniile personalităţii şi reacţiile sale se menţin între anumite limite, iar trăsăturile individuale ale personalităţii acestuia nu înregistrează deviaţii semnificative în raport cu media" (N. Petrifowitsch).

În cazul psihopaţilor este vorba de formaţiuni congenitale degenerate ale structurii caracteriale, pe când la nevrotici este vorba, exclusiv, despre dezvoltări reactive în raport cu situaţiile externe ale lumii şi ale vieţii.

Aceste aspecte dovedesc că psihopatiile sunt legate de o anumită structură internă a personalităţii, de o anumită „dispoziţie" patologică congenitală de tip constituţional, pe când nevrozele reprezintă un anumit „mod de răspuns" de factură reactiv-conflictuală la factorii mediului extern.

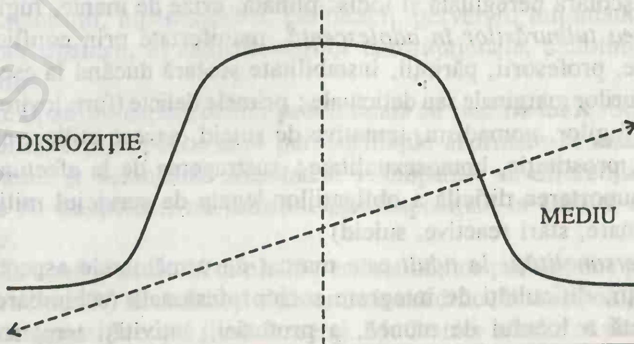
Relaţia dintre *nevroze* şi *psihopatii*, din punct de vedere psihopatologic, pare însă a fi admisă de numeroşi specialişti. Se consideră că mulţi nevrotici sunt, de fapt, „psihopaţi cu exterior nevrotic" (Stranski). Walter admite existenţa concomitentă atât a „psihopaţilor nevrotici", cât şi a „nevroticilor psihopaţi". Faptul se explică prin relaţia dintre „fragilitatea constituţională" a dispoziţiei psihopaţilor şi „vulnerabilitatea" nevroticilor la acţiunea factorilor mediului sau ai lumii externe.

Bräutigam propune să se delimiteze *structura nevrotică*, de factură „internă", conflictuală şi ambivalentă, de *structura psihopaţilor*, care este mai mult de factură „exterioară".

Häfner, la rândul său, face o analiză comparată între *nevroze* şi *psihopatii*. După acesta, nevrozele sunt tulburări ale comunicării interumane, individul rămânând însă în limitele stabilite ale lumii. Spre deosebire de aceştia, psihopatul este incapabil de a se adapta, de a se integra sau de a se pune de acord cu lumea, dar şi de a putea fi egal cu sine însuşi, dificultatea sa fiind legată de o tulburare caracterial-constituţională. Nevrozele sunt conflicte situate *în interiorul normelor socioumane*, pe când psihopatiile depind de o tulburare a *ordinii sufleteşti interioare* a acestei categorii de indivizi.

Zeldenrust menţionează că diferenţa dintre nevroze şi psihopatii trebuie căutată nu numai în intervenţia „predispoziţiei constituţional-genetice" în cazul „factorului psihopatic" şi în cea a „influenţelor psihotraumatizante ale mediului extern" în cazul „factorului nevrotic". Trebuie ca în ambele situaţii să fie avute în vedere „structurile temporale ale vieţii individuale" în „geneza" şi „direcţia" de evoluţie şi dezvoltare a acestor situaţii psihopatologice.

Cele expuse mai sus relevă importanţa raportului dintre dispoziţia constituţional-genetică a personalităţii şi influenţa mediului extern în geneza psihopatiilor şi a nevrozelor, aşa cum se poate vedea şi din schema de mai jos.



Schema de mai sus oferă o imagine grafică a raportului şi repartiţiei nevrozelor şi psihopatiilor în relaţie cu „dispoziţia" şi „mediul".

Un fapt asupra căruia dorim să insistăm este că psihopatiile nu trebuie considerate *boli* în sens psihiatric, ci tipuri de *constituţii anormale* ale personalităţii normale. Aceste personalităţi patologice sunt definite de K. Schneider ca având comportamente profund imprimate, inflexibile, rău adaptate, de o suficientă gravitate pentru a putea provoca fie un deficit de adaptare, fie o suferinţă subiectivă.

Manifestările sau trăsăturile psihopatologice ale psihopaţilor încep să se manifeste încă din perioada adolescenţei sau, în unele cazuri, chiar mai devreme, persistând în perioada adultă şi accentuându-se odată cu înaintarea în vârstă.

Trăsăturile de personalitate pot să se constituie în *tulburări de personalitate* din momentul în care devin rigide, inadaptate şi responsabile de o alterare subiectivă a individului în relaţiile sale sociale, familiale sau profesionale, manifestând o suferinţă psihică netă.

Dezechilibrul psihic

Trăsătura psihopatologică definitorie pentru structurile psihopatice ale personalităţii este reprezentată prin starea de *dezechilibru psihic.* La dezechilibrul psihic, anomalia de personalitate se traduce prin dificultăţi de adaptare sau inadaptare permanentă la normele şi sistemul de valori al vieţii sociale, familiale etc. Această stare este cunoscută sub denumirea de *dezechilibru psihopatic*, *sociopatie*, *personalitate antisocială*, toţi aceşti termeni desemnând acea formă, de devianţă socială care se observă în special la sexul masculin şi în mediile sociofamiliale dezorganizate. Prin instabilitatea şi incapacitatea sa de a se integra în grup, persoana dezechilibratului se deosebeşte de persoana desocializată adaptată şi integrată într-un grup marginal în care-şi găseşte identitatea şi securitatea.

Stările de dezechilibru psihic se caracterizează prin câteva trăsături majore, care le sunt specifice din punct de vedere psihopatologic. Acestea sunt următoarele :

1. Un *stil de existenţă* specific, caracterizat prin următoarele : instabilitate, impulsivitate, inadaptabilitate, tendinţă de mitomanie, disimulare, conduită labilă şi imprevizibilă.
2. O anumită *evoluţie psihobiografică*, caracterizată prin existenţa unor frustrări, psihotraumatisme, devianţe etc., aşa cum se poate vedea în continuare :
   a) *copilărie tulburată*, în care semnalăm : alternanţă de apatie şi surescitabilitate, activitate şcolară neregulată şi indisciplinată, crize de manie, fugi ;
   b) *accentuarea tulburărilor în adolescenţă*, manifestate prin conflicte repetate cu autorităţile, profesorii, părinţii, instabilitate şcolară ducând la eşecuri ; frecventarea grupurilor marginale sau delictuale ; primele delicte (furt, lovire, agresivitate) ; frecvenţa fugilor, nomadism, tentative de suicid, excese etilice, experienţe toxicomanice, prostituţie, homosexualitate ; sustragerea de la efectuarea serviciului militar ; suportarea dificilă a obligaţiilor legate de serviciul militar (dezertare, insubordonare, stări reactive, suicid) ;
   c) *profilul personalităţii la adult* este marcat de următoarele aspecte : persistenţa instabilităţii, dificultăţi de integrare socioprofesională (schimbarea frecventă şi nejustificată a locului de muncă, a profesiei, activităţi temporare de factură

marginală) ; traiul din expediente ; acţiuni delictuale şi infracţionale ; existenţă parazitară ; egocentrism şi instabilitate emoţional-afectivă (separare, divorţ, abandon familial, relaţii efemere etc.) ; fuga de responsabilitate şi tendinţă către aventuri.

Dezechilibrul psihic al personalităţilor psihopatice, prin natura instabilităţii sale, se asociază în mod frecvent cu „accidente psihiatrice" de următoarele tipuri :

- crize de agitaţie clasică asociate cu auto- sau heteroagresivitate. Acestea pot avea un caracter exploziv, zgomotos ;
- depresia, frecvent întâlnită, este legată de vidul de existenţă pe care-l dă absenţa valorilor, precum şi de dificultăţile ipohondriace ale individului respectiv ;
- gesturi suicidare, reacţii de panică, jocul cu moartea, fugile patologice ;
- consumul de alcool şi toxicomaniile ca forme sublimate de conduite de refugiu, imitaţie etc. ;
- bufeuri delirante legate de o puternică încărcătură emoţional-afectivă a individului.

Comportamentul delictual este o trăsătură dominantă a stării de dezechilibru psihic, care generează o stare desocializată. El se manifestă prin furt, abuz de încredere, vagabondaj, uzurparea de titluri şi funcţii, consumul şi traficul de droguri etc.

Clasificarea psihopatiilor

De regulă, se consideră că *psihopatiile* sunt tulburări psihopatologice de caracter şi personalitate specifice vârstei adulte. J. de Ajuriaguerra, ca şi alţi autori, le semnalează şi la copii, numindu-le *personalităţi neobişnuite*.

Din punctul de vedere al psihologiei diferenţiale, se pot descrie diferite tipuri de personalităţi care sunt considerate fie ca simple particularităţi de dispoziţie emoţională, de contact social, ale modului de organizare a gândirii, fie chiar ca tulburări propriu-zise (J. de Ajuriaguerra).

Autorii americani pun accentul pe tulburările modelului de personalitate şi, în special, pe trăsăturile acestuia. În acest cadru, ei includ personalităţile inadecvate şi tipurile de personalitate apropiate psihozelor : personalităţile schizoide, ciclotime şi paranoide.

În ceea ce priveşte tulburările trăsăturilor de personalitate, sunt menţionate personalităţile compulsive, care predispun la o decompensare psihonevrotică, personalităţile emoţionale instabile şi personalităţile pasiv-agresive.

E. Dupré şi A. Dumas descriu câteva tipuri particulare de personalitate de tip „psihopatic" : ciclotimii, hiperemotivii, paranoicii, perverşii, mitomanii.

E. Kretschmer distinge, în cadrul tipurilor constituţionale, ciclotimii, schizoizii şi vâscoşii epileptoizi.

Problema psihopatiilor capătă contur precis odată cu studiile lui K. Schneider. Pentru acesta, personalităţile psihopatice sunt personalităţile anormale în măsura în care ele afectează caracterul şi deranjează societatea. Psihopatiile se diferenţiază de psihoze, întrucât, susţine K. Schneider, nu transmit „predispoziţia" la această tulburare, ca în cazul psihozelor.

Delimitarea la copil a cadrului clinic al personalităţilor psihopatice pune numeroase probleme. M. Tramer, CV. Kerbikov şi alţii semnalează dificultatea tipologiei psihopatice, cu caracter net delimitat, la copii şi adolescenţi. M. Tramer admite că numai după vârsta

de 18 ani se poate vorbi despre psihopatii, aşa cum sunt ele întâlnite în sfera psihiatriei clinice a adultului.

În apariţia trăsăturilor psihopatice ale personalităţii copiilor şi adolescenţilor au importanţă următoarele aspecte (M. Tramer):

– apariţia şi fixarea unor semne psihopatice prin imitaţia formelor de comportament psihopatic ale anturajului (reacţii de imitare);
– consolidarea reacţiilor de negativism care se pot repeta ca urmare a unor situaţii particulare (reacţii de protest, de opoziţie);
– cultivarea directă şi fixarea prin intermediul anturajului a unor reacţii psihopatice la adolescent.

Literatura pedagogică şi psihopedagogică subliniază influenţa factorilor formativ-educativi, cu rol primordial, precum şi raportul dintre „modelele de educaţie" şi „personalităţile psihopatice". Un important factor de risc este reprezentat de prezenţa şi apartenenţa la „grupele de instabili", caracterizate prin următoarele:

– absenţa unor interese superioare;
– ataşamentul afectiv al membrilor săi;
– sugestibilitate crescută;
– marea receptivitate la influenţele negative;
– carenţe emoţional-afective;
– frustrări;
– carenţe educaţionale;
– absenţa unui model sau a unor modele negative;
– abandon familial;
– fugi şi vagabondaj;
– asocierea la grupele delictuale de adolescenţi.

Din cele de mai sus se poate desprinde faptul că o clasificare unică şi unitară a personalităţilor psihopatice este greu de făcut şi mai ales de impus tuturor specialiştilor. Factorii de mediu social, valorile moral-culturale, modelele familiale şi de educaţie contribuie enorm la modelarea personalităţii indivizilor. Pe aceste considerente, „forma psihopatiilor" va fi la fel de variabilă ca şi „forma personalităţilor" umane luate în considerare. Din aceste considerente, în orice clasificare a psihopatiilor este absolut obligatoriu de a avea în vedere „factorii psihologici diferenţiali", specifici unei culturi şi de care depind atât „structura personalităţii", cât şi „modelele de comportament" ale indivizilor respectivi.

Prima încercare cunoscută în istoria culturii de clasificare a „tipurilor caracteriale umane" îi aparţine lui Teofrast, care descrie cu un uimitor spirit de fină observaţie psihologică 30 de tipuri morale de caracter. Tema este reluată de La Bruyère în acelaşi spirit de clasificare morală a caracterelor umane considerate ca „moravuri ale epocii".

Scoaterea din sfera moralei şi transferul lor în aria medicinei, a psihologiei şi psihiatriei pune problema unei noi forme de clasificare a tulburărilor de caracter, respectiv a „personalităţilor psihopatice", aşa cum o vedem la numeroşi specialişti (E. Kretschmer, K. Schneider, A. Petrilovisch, K. Leonhardi etc.).

Cea mai cunoscută şi mai utilizată clasificare a psihopatiilor îi aparţine lui K. Schneider. Acesta descrie zece tipuri de psihopatii, considerându-le ca reprezentând tipuri de „personalităţi anormale" şi care nu trebuie privite neapărat ca „diagnostice psihiatrice". Acestea sunt următoarele:

1. *Psihopaţii hipertimici sau activi*

Aceştia au o dispoziţie veselă, un temperament sangvin şi sunt activi. Buni şi serviabili, adesea tumultuoşi, sunt capabili de randament, însă superficiali, neserioşi şi nesiguri. Au puţin simţ critic, sunt independenţi şi uşor influenţabili. Naivi şi vanitoşi, optimişti, comportamentul lor este fără formă, fără distanţă şi neinhibat. Unii dintre ei sunt agitaţi şi excitaţi, certăreţi şi instabili, dar se reconciliază uşor.

2. *Psihopaţii deprimaţi*

Aceste persoane sunt calme, sceptice sau pesimiste. Ele privesc viaţa şi lumea cu o pronunţată notă de angoasă. Le lipsesc siguranţa şi încrederea. Sunt incapabile de a se bucura. Suspicioase, ele sunt persoane înclinate către introspecţie.

3. *Psihopaţii timoraţi*

Sunt personalităţi apropiate de cei deprimaţi, descrişi mai sus. Ei se caracterizează printr-o lipsă de securitate interioară şi o lipsă de încredere în ei. Comportamentul lor etic este dominat de scrupule. Pe acest teren se dezvoltă, de regulă, procesele obsesionale.

4. *Psihopaţii fanatici*

În această categorie sunt incluşi cei care-şi exagerează meritele personale, supraestimându-şi opiniile. Fanaticul este o personalitate de tip expansiv, care se supraestimează, este virulent, conflictual, agresiv, mereu în conflict cu societatea.

5. *Psihopaţii vanitoşi*

Aceştia sunt acele personalităţi care vor să pară mai mult decât sunt în realitate. K. Jaspers îi numeşte isterici. Ei sunt personalităţi de tip artificial, orgolioşi şi excentrici, care caută în mod permanent să atragă atenţia celorlalţi asupra lor.

6. *Psihopaţii cu dispoziţie labilă*

Ei sunt, de regulă, persoane cu o dispoziţie fie excitabilă, fie depresivă, cu un caracter permanent oscilant. Le sunt caracteristice fugile, excesele episodice de alcoolism (dipsomanie), stările impulsive subite, în forme diferite.

7. *Psihopaţii explozivi*

Aceştia sunt indivizii care explodează din orice, la orice motiv anodin. Sunt susceptibili, iritabili şi irascibili. Reacţiile acestei categorii de indivizi au un caracter primitiv.

8. *Psihopaţii reci*

În această grupă sunt incluşi oamenii cărora compasiunea, pudoarea, onoarea, responsabilitatea, conştiinţa morală le lipsesc complet. Ei sunt sobri, reci, insensibili, brutali, cruzi. Sunt persoane needucabile şi incurabile. Din rândul acestora se recrutează delincvenţii şi criminalii. Unii dintre aceştia pot avea o inteligenţă superioară.

9. *Psihopaţii abulici*

Sunt persoane inerte, inactive, influenţabile, fiind permanent dirijate de alţii, uşor de manipulat din cauza sugestibilităţii lor crescute.

10. *Psihopaţii astenici*

În această categorie intră persoanele care au un randament scăzut, o capacitate de concentrare redusă şi memorie slabă. Ei sunt foarte atenţi la corpul lor, descoperind adesea suferinţe imaginare, de factură ipohondriacă. Acuză insomnii, migrene, tulburări cardiace, respiratorii, digestive sau menstruale.

Clasificarea psihopatiilor propusă de K. Schneider este dominată, pe de o parte, de o notă psihologică privind „anomaliile caracteriale” ale personalităţii, iar pe de altă parte, de consecinţele morale şi sociale ale acestor anomalii, atât pentru persoanele în cauză, cât şi pentru cele din anturajul imediat sau mai îndepărtat al acestora.

C. Rodière-Hein şi J.D. Guelfi propun o clasificare a psihopatiilor raportată în primul rând la aspectele clinico-psihiatrice pe care le presupun conduitele acestor indivizi. Considerate din punct de vedere psihopatologic, personalităţile psihopatice, pentru autorii menţionaţi, ocupă o poziţie intermediară între starea de normalitate psihică şi categoriile psihopatologice. Acest fapt este admis şi de unii psihiatri germani care consideră psihopatiile nu ca pe nişte „boli psihice”, ci ca pe nişte „variaţii patologice ale normalului”.

În sensul acesta, C. Rodière-Rein şi J.D. Guelfi descriu opt „forme” sau „tipuri” de personalităţi psihopatice, după cum urmează mai jos.

A. Personalitatea paranoică

Este caracterizată prin neîncredere, senzitivitate, restricţia deliberată a afectelor exprimate, hipertrofia Eului, exagerarea dificultăţilor, refuzul criticii altora, aşteptarea permanentă de a fi înşelat sau de a fi victima răutăţii altora, punerea sub semnul îndoielii a cinstei altor persoane, neîncredere sau disimulare.

B. Personalitatea antisocială

Este caracterizată prin aspectul impulsiv şi imprevizibil al actelor şi comportamentelor sale cu caracter autodistructiv, la care se asociază alte diferite forme de tulburări de comportament.

C. Personalităţile schizotipă şi schizoidă

Acest grup reuneşte două subforme de personalităţi psihopatice:
a) *personalitatea schizotipă*, caracterizată prin bizareria conduitelor şi a gândirii;
b) *personalitatea schizoidă*, caracterizată prin retragerea emoţională şi absenţa dorinţei de contact social.

D. Personalitatea evitantă

Acest tip de personalitate se caracterizează prin comportamente de evitare. Sunt evitate relaţiile sociale, contactele şi comunicarea interumană. Indivizii respectivi manifestă o mare vulnerabilitate la respingere, la care se adaugă o nevoie crescută de a fi iubit şi acceptat.

E. Personalităţile histrionică şi dependentă

Această categorie cuprinde două subgrupe de psihopaţi:
a) *personalitatea histrionică*, remarcându-se prin tendinţa de dramatizare, reactivitatea excesivă la influenţa evenimentelor minore, tentative permanente de a atrage atenţia celorlalţi asupra lor, impresia de a fi perceput de ceilalţi ca superficial şi lipsit de autenticitate, dependenţă, nevoia imperioasă de activitate şi de senzaţii tari;
b) *personalitatea dependentă*, caracterizată printr-o stare de dependenţă, nevoia de a fi sprijinit şi securizat, condus de alţii.

F. Personalitatea compulsivă

Opinia referitoare la acest tip de personalitate oscilează în două direcţii:
– a fi considerată o personalitate cu trăsături psihastenice;
– a fi considerată o personalitate cu trăsături de caracter anal şi comportamente tiranice exercitate de individ asupra lui însuşi şi asupra anturajului.

Caracteristicile personalităţii de tip compulsiv sunt următoarele: indecizia şi perfecţionismul, ataşamentul excesiv de muncă, aptitudinea limitată de a exprima emoţiile tandre şi călduroase, exigenţă faţă de ceilalţi, pe care-i obligă să se supună propriei maniere de a gândi şi de a acţiona.

G. Personalitatea pasiv-agresivă

Caracteristicile acestui tip de personalitate sunt comportamentul de rezistenţă indirectă, organizarea deliberată a eşecului social, agresivitatea exprimată printr-o rezistenţă pasivă din partea individului.

H. Personalitatea narcisică

Acest tip de personalitate psihopatică se caracterizează prin exagerarea până la grandomanie a propriei importanţe în detrimentul celorlalţi, tulburări de relaţii interpersonale

care merg de la exploatarea celuilalt până la tulburări de apreciere a valorii sau a sentimentelor acestuia, exhibiţionism, fantasme sau atotputernicie, sentimentul de a avea orice drept, oscilaţia caracteristică între poziţiile extreme de idealizare şi de devalorizare a celorlalţi.

Psihobiografia personalităţilor psihopatice

Caracteristicile personalităţilor anormale de tip psihopatic presupun un anumit mod sau stil de viaţă al acestora şi, implicit, un anumit „destin". Ele sunt cuprinse în caracteristicile psihobiografice ale acestor indivizi.

O analiză psihobiografică a personalităţilor psihopatice pune în evidenţă aspecte specifice, care pot fi sintetizate în următoarele:

a) incapacitatea adaptării lor sociale;
b) imposibilitatea acestor indivizi de a duce o viaţă în comun cu alţii;
c) psihopaţii se dovedesc inapţi pentru viaţa de familie, se simt constrânşi de rigorile cuplului conjugal din cauza iritabilităţii lor, sunt indiferenţi sau chiar total inafectivi, cu pervertirea apetenţelor şi instabili;
d) inadaptabili la viaţa şi programul de disciplină şcolară, ei sunt „elevii-problemă", greu educabili, instabili, indisciplinaţi, leneşi, indiferenţi, incapabili de efort;
e) inapţi pentru serviciul militar, indisciplinaţi, refuză să execute ordinele, dezertează, comit acte infracţionale de diferite forme şi gravităţi;
f) incapabili de a desfăşura o activitate profesională teoretică sau practică utilă, susţinută, continuă, indisciplinaţi, nepunctuali, instabili, vanitoşi, suspicioşi, invidioşi faţă de colegii lor;
g) tendinţe la delincvenţe şi criminalitate, apetenţă pentru alcool, droguri, conduite de refugiu sau agresiune (suicid, criminalitate), tendinţă la perversiuni.

Făcând o sinteză a aspectelor menţionate mai sus, E. Dupré afirmă că viaţa psihopaţilor se înfăţişează ca o suită neîntreruptă de bizarerii, extravaganţe, neregularităţi, fugi, delicte şi crime, internări repetate în spitalele de psihiatrie, expertize medico-legale psihiatrice, dezertări, simulări ale unor afecţiuni în scopul realizării unor interese, parazitism social, vagabondaj, alcoolism, toxicomanii, diferite conduite de refugiu etc.

Psihopaţii sunt personalităţi perverse moral şi caracteriopatice din punct de vedere psihopatologic, incorigibile, imposibil de a fi ameliorate sau schimbate, imprevizibile, cu tendinţă la recidivă.

21. Reacţii, contrareacţii şi dezvoltări anormale la evenimentele vieţii

Cadru general

Reacţiile, *contrareacţiile* şi *dezvoltările* constituie un grup de tulburări psihice care au cauze şi mecanisme psihopatologice comune, fiind, prin acestea, foarte apropiate între ele. Ele sunt „răspunsuri" anormale ale persoanei la factorii psihotraumatizanţi exogeni, în special de natură emoţional-afectivă, şi, din aceste considerente, au o modalitate de manifestare clinică specifică. De aceea, acest tip de tulburări psihopatologice este tratat în cadrul aceluiaşi grup comun de tulburări psihice de către majoritatea specialiştilor (K. Jaspers, K. Schneider, N. Schipkowensky, A. Bräutigam, K. Leonhardt).

Termenul „reacţie" vine din latinescul *reagere, reactio*, care desemnează ideea de „acţiune reciprocă" sau de „răspuns". Este de fapt vorba despre un cuplu sau despre o „pereche compensată", formată din două părţi : *acţiunea* şi *reacţiunea*. În cadrul acestui cuplu, cel de-al doilea termen îl dublează pe primul, desemnând în felul acesta reciprocitatea sau mişcarea inversă (J. Starobinski). Referindu-se la aceste situaţii, Buffon spunea că „acţiunea este cauza şi reacţiunea este efectul".

Reacţia este direct legată de dinamica proceselor vitale, atât a celor somatice, cât şi a celor psihice, ea putând fi întâlnită şi în fiziologie (neuropsihofiziologie), şi în psihologie. În viaţa psihică, alături de „reacţii sufleteşti" (psihice) se întâlnesc şi „reacţii morale" (de conştiinţă) sau „reacţii sociale" (de atitudine şi comportament).

După J. Starobinski, reacţia poate avea o dublă polaritate :

a) un răspuns la o acţiune ce are caracter agresiv ;
b) o acţiune de apărare a propriei vieţi, cu caracter de proces curativ.

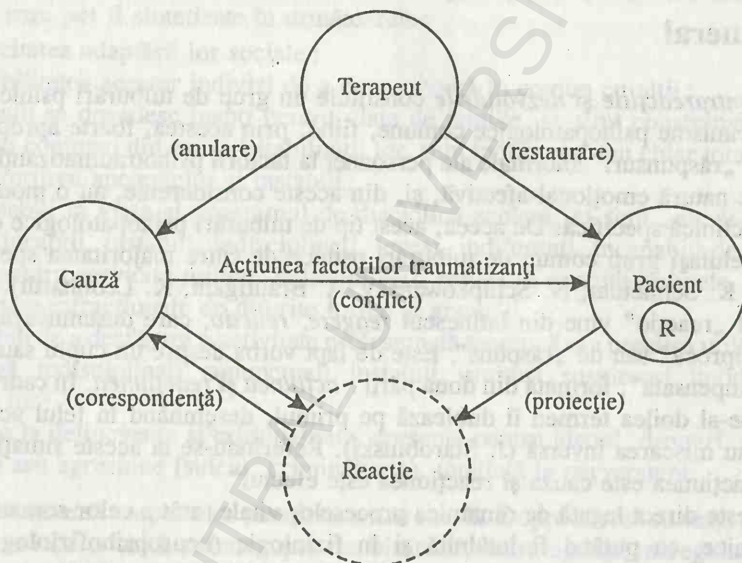
Conceptul de reacţie apare tardiv în istoria ideilor medicale şi psihologice. Pentru Bernheim, „boala nu este un lucru străin implantat în organism. Sănătos sau bolnav, organismul funcţionează şi reacţionează după aceleaşi legi". Rezultă de aici faptul că *boala* este un fapt străin pentru organism, iar *reacţia* este o modalitate specifică de „răspuns" al organismului, al persoanei la factorii perturbanţi ai stării sale de echilibru.

Din acest moment, în istoria gândirii medicale, apare conceptul de „boală reacţională", definit în felul următor :

– un răspuns la un factor psihotraumatizant extern ;
– ceea ce urmează unui eşec sau unei aberaţii („o mişcare, o acţiune a subiectului care pleacă din interiorul lui în afară, fiind fie mişcarea unui proces normal, fie efectul unei psihoterapii, cu rolul de a anula efectele psihotraumatismului") insuficiente.

În sfera psihopatologiei, conceptul de reacţie este raportat la următoarele cupluri antinomice:
- endogen/exogen;
- organic/funcţional;
- somatogen/psihogen.

În psihopatologie, afirmă J. Starobinski, „orice reacţie implică confruntarea dramatică dintre persoană şi realitatea externă". Ea este un „joc cu doi actori" în care însă, ulterior, intră un al treilea actor, terapeutul. În acest caz, se creează o „situaţie triunghiulară" în care „rolurile" sunt precis distribuite, iar funcţia patogenetică este confruntată cu funcţia psihoterapeutică. Aceste aspecte pot fi deduse foarte clar din schema de mai jos:



Din schema de mai sus se desprind următoarele „elemente" componente:
- prezenţa sau „persistenţa" acţiunii cauzei asupra pacientului întreţine starea de conflict;
- reacţia este rezultatul interiorizării factorului psihotraumatizant care a acţionat asupra pacientului;
- pacientul „proiectează" în exterior situaţia conflictuală interiorizată sub forma „reacţiei";
- între „cauză" şi „reacţie" există o corespondenţă netă;
- prezenţa terapeutului este justificată şi necesară prin dublul rol exercitat de acesta: înlătură (anulează) cauza cu efectele acesteia şi preia printr-un transfer pozitiv problemele conflictuale ale pacientului printr-un act terapeutic, reparator (restaurare).

Tot din schema de mai sus se poate desprinde clar faptul că înţelegerea „reacţiei", precum şi a „patologiei reactive", în general, este posibilă numai prin raportarea acestora la istoria vieţii individului, la psihobiografia lui (L. Binswanger, Y. Pelicier).

Orice persoană se situează între „necesitatea internă a constituţiei sale somatopsihice şi constrângerile externe ale lumii", afirmă Y. Pelicier. Persoana primeşte stimuli din

mediu şi răspunde prin acţiuni, conduite etc. În funcţie de calitatea, intensitatea, durata şi utilitatea acestora, se disting următoarele reacţii : *reacţii normale* şi *reacţii patologice*.

Psihobiografia unei persoane are un caracter evenimenţial. Persoana asimilează stimulii şi elaborează răspunsuri la acţiunea acestora. Istoria psihobiografică se înscrie în limitele situaţiilor evenimenţiale ale vieţii individului, situaţii în care este angajat în totalitate, fiind în acelaşi timp, în mod permanent, obligat să opteze pentru soluţii la acestea. În condiţii-limită de viaţă, orice opţiune a individului, orice decizie, act sau comportament al acestuia va fi înregistrat ca o „atitudine reactivă" a sa.

Pentru J. Piaget, orice reacţie este o „criză de adaptare" a persoanei. Criza apare ca un „blocaj al schimbărilor" dintre persoană şi lumea externă, când individul nu mai poate asimila factorii de mediu sau pur şi simplu îi refuză. În acest caz, se produce dezechilibrul. Criza dispare atunci când asimilarea redevine posibilă. Prin urmare, orice reacţie este şi o atitudine de refuz a persoanei faţă de acţiunea mediului extern.

Reacţiile patologice

În psihopatologie, noţiunea de „reacţie" reprezintă o contribuţie a Şcolii germane de psihiatrie. Primul care face referinţă la acest concept este K. Bonhoeffer, prin descrierea „tipului exogen de reacţie", despre care am vorbit deja.

E. Kretschmer analizează „reacţiile patologice" la evenimentele vieţii trăite şi „reacţiile personalităţii". Cel care analizează mecanismele psihopatologice ale reacţiilor şi le fixează cadrul clinic este K. Jaspers. K. Schneider se ocupă de studiul reacţiilor anormale la evenimentele vieţii trăite. În psihanaliză, S. Freud susţine că reacţiile sunt în raport cu Eul conştient, considerat „sediul conflictelor". Tot K. Schneider este cel care va face diferenţa dintre „reacţiile conflictuale interne" şi „reacţiile la evenimentele trăite", exterioare persoanei bolnavului. Pentru Braun, există „reacţii de mediu" şi „reacţii ale personalităţii", iar Hamburger vorbeşte despre „reacţii de situaţii".

Definiţie şi cadru psihopatologic

J. Piaget consideră că orice conduită reprezintă un schimb între organism şi mediu. Blocajul acestui „schimb" trebuie privit ca o situaţie de criză. Soluţia crizei este reechilibrarea sau refacerea schimbului blocat. Criza nerezolvată duce la frustrarea personalităţii şi la apariţia unor tulburări specifice la nivelul acesteia, al Eului personal.

K. Jaspers afirmă că istoria individuală a unei persoane se face în afara ei. În sensul acesta, viaţa trebuie înţeleasă ca o construcţie atât autonomă şi egocentrică în asimilarea obiectului, cât şi socializată în ceea ce priveşte coexistenţa şi convieţuirea ei în lume.

Se desprinde de aici faptul că în cazul reacţiei participă atât persoana, cât şi experienţa de viaţă a acesteia. Reacţia trebuie considerată, în acest caz, un tip special, neobişnuit de experienţă, o „experienţă-cheie" ce modifică existenţa persoanei la un moment dat, ca urmare a unor cauze care sunt concomitent şi condiţii de existenţă, noi şi neobişnuite pentru individ.

B. Pauleikhoff şi H. Mester insistă asupra faptului că originea conceptului de *reacţie* este situată în sfera psihologiei. Ea desemnează mişcarea unui muşchi consecutivă unei

excitaţii, este „răspunsul cu sens la o situaţie determinată". Reacţia este o funcţie elementară, de bază a vieţii sufleteşti.

După Thomae, pe cât este de cert conceptul de reacţie, când se referă la o situaţie specifică, pe atât de problematic devine când se referă la situaţia unui anumit om.

Pentru K. Schneider, diferenţa dintre „reacţiile normale" şi „reacţiile anormale" constă în faptul că cele anormale se definesc prin raportarea lor la cele normale, ele caracterizându-se prin următoarele aspecte:
- intensitate neobişnuită, zgomotoasă;
- lipsa de adecvare în raport cu acţiunea;
- diferenţă ca durată şi aspect în raport cu reacţiile normale;
- ţinuta anormală a conţinutului lor.

În psihanaliză, se consideră că „funcţiile reacţionale ale Eului" sunt conduite şi comportamente elaborate de Eu pentru a lupta sau, mai exact, pentru „a se opune" unor pulsiuni ale inconştientului care caută să i se substituie, cum ar fi, de exemplu:
- dezgustul, ca reacţie împotriva tendinţelor canibalice sau coprofage;
- pudoarea, ca o funcţie reacţională contra exhibiţionismului.

K. Schneider defineşte reacţia ca fiind răspunsul afectiv al unui individ la evenimentele vieţii trăite.

K. Jaspers stabileşte următoarele criterii-regulă ce caracterizează orice fel de reacţie:
1. Orice reacţie are la originea ei o cauză sau un „fenomen cauzal" specific care o produce.
2. Conţinutul tematic al reacţiei este în relaţie direct comprehensibilă cu cauza care a produs-o.
3. Evoluţia reacţiei depinde de cauză şi încetează să se manifeste odată cu anularea sau dispariţia cauzei care a produs-o.

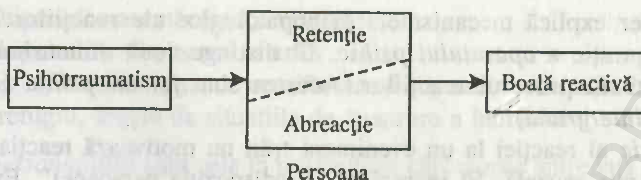
Mecanismele reacţiei

Din definiţiile de mai sus rezultă că *reacţia* este un „răspuns" specific al persoanei la „acţiunea" neobişnuită a mediului fizic sau social al acesteia.

În cuplul acţiune-reacţiune trebuie să vedem o pereche compensată, în care al doilea termen îl dublează pe primul, în mod reciproc, printr-o mişcare inversă (J. Starobinski). Acest aspect a fost remarcat de numeroşi specialişti.

Apar două noţiuni noi, specifice patologiei, care derivă din cele de mai sus, în explicarea mecanismelor reacţiilor:
- *agresiunea*, care este o acţiune negativă, distructivă, cu rol patogen;
- *apărarea*, care este o reacţie pozitivă, reparatoare, cu rol restaurator, legată de principiul vital, deci sanogenetică.

Orice agresiune presupune un agent traumatic, o „psihotraumă" care acţionează din exterior asupra persoanei, având un efect nociv. *Traumatismului*, ce acţionează din exterior, i se opune *abreacţia*, care este, cum spuneam, o mişcare de acţiune din interior. Abreacţia delimitează două forţe opuse *reacţiei* faţă de *traumatism*: *abreacţia* propriu-zisă (răspunsul „în afară") şi *retenţia* (răspunsul „în interior"). *Boala reactivă* apare ca o „încărcare" a individului ca urmare a unei abreacţii insuficiente, aşa cum se poate vedea în schema următoare:



În sensul celor de mai sus, *boala reactivă* se defineşte în felul următor:

a) ca un tip particular de răspuns la acţiunea unui psihotraumatism din afara persoanei;
b) ca o insuficienţă a mecanismului de abreacţie cu încărcarea interioară emoţională a persoanei.

Studiind relaţia dintre *psihotraumatism* şi *reacţie*, Th. Kammerer notează existenţa a trei faze în dinamica psihopatologică a reacţiilor, după cum se poate vedea mai jos.

1. Faza de şoc

Aceasta corespunde momentului în care persoana se află sub acţiunea imediată şi directă a psihotraumatismului. Emoţia dominantă este angoasa, manifestată prin plâns, ţipăt, agitaţie psihomotoare dezordonată. În mod egal, se poate nota şi o situaţie inversă: stupoare, inhibiţie psihomotoare totală, inexpresivitate emoţională. Aceste reacţii emoţionale se însoţesc de modificări neurovegetative (cardiovasculare, gastrointestinale, secretoare, spasme sau tremurături musculare etc.).

2. Faza de adaptare

După atenuarea manifestărilor emoţionale primare, asistăm la instalarea unui proces de „adaptare" sau de „apărare", caracterizat prin următoarele:

- estomparea manifestărilor emoţionale de şoc (depresie, dezorganizarea comportamentului, tendinţe regresive, tulburări neurovegetative);
- rememorarea accidentului cu toate detaliile şi circumstanţele acestuia;
- retrăirea amintirilor şi a experienţelor afective în raport cu obiectul pierdut. În timp, se poate chiar observa organizarea unei „nevroze tematice" specifice acestei faze, prin incapacitatea realizării unui progres readaptativ. Această nevroză se caracterizează prin următoarele: atitudini regresive, activităţi revendicative, tendinţe ipohondriace, manifestări de tip isteric.

În cazurile cu o evoluţie favorabilă, activitatea de readaptare progresează, simptomatologia clinică estompându-se. Încărcătura agresivă şi de autoacuzare se şterge. Se restabilesc capacităţile de autocontrol şi individul îşi poate relua activităţile, conduitele şi relaţiile obişnuite.

3. Faza de reorganizare

Aceasta implică o desprindere completă a persoanei de factorul psihotraumatizant. Faptul echivalează cu „uitarea" evenimentului patogen. Persoana se va referi la „situaţia psihotraumatizantă" la timpul trecut, ca la un eveniment pe care l-a depăşit şi de care se consideră detaşată. El este inclus însă în psihobiografia sa personală.

K. Schneider explică mecanismele psihopatologice ale reacţiilor în raport cu o anumită configuraţie a *aparatului psihic*. El distinge două dimensiuni ale acestuia, direct interesate în procesul reacţiilor. Acestea sunt *fondul psihic* (*Untergrund*) şi *arierplanul* (*Hintergrund*).

Fondul psihic al reacţiei la un eveniment trăit nu motivează reacţia, ci acţionează într-o manieră pur cauzală. El reprezintă „predispoziţia persoanei". Există, în sensul acesta, „depresii fundamentale" sau esenţiale, nereactive, în care fondul psihic (de tip constituţional-genetic) reprezintă substratul atât al tulburărilor psihopatologice autonome, cât şi al unor dezvoltări reactive (angoase, obsesii etc.). Natura fondului psihic scapă însă experienţei clinice. El este un concept filozofic limită, dincolo de care experienţa noastră scapă controlului conştient. Fondul psihic face posibilă distincţia dintre ceea ce este fundamental şi psihotic şi ceea ce este reacţional. Fiind un concept-limită, fondul psihic nu poate deveni obiect de investigaţie şi-l recunoaştem numai prin manifestările sale. El ne apare ca neinteligibil. Cu toate acestea, viaţa psihică este traversată şi de reacţii inteligibile la evenimentele trăite de individ.

Al doilea aspect care se distinge de fondul psihic este *arierplanul*, ca sediu al reacţiilor la evenimentele trăite. El are un caracter inteligibil. În sensul acesta, putem afirma că reacţiile persoanei sunt de două feluri :

- *reacţii exterioare*, în raport cu evenimentele exterioare trăite de individ ;
- *reacţii interioare*, legate de conflictele interne ale persoanei.

La cele două aspecte legate de natura „aparatului psihic" – fondul psihic şi arierplanul – analizate mai sus, o importanţă deosebită în explicarea stărilor reactive revine însuşi sistemului global al personalităţii. E. Kretschmer este cel care a subliniat „rolul personalităţii" în geneza reacţiilor psihice, în primul rând a „reacţiilor interioare". Acestea sunt în raport cu *personalităţile de tip senzitiv* sau cu *personalităţile care se îndoiesc de ele însele*.

Forme de reacţii

O clasificare unică a reacţiilor în psihopatologie nu există. Sunt diferite modalităţi de a „vedea" şi „înţelege" reacţiile. Din acest motiv, vom prezenta în continuare câteva dintre cele mai importante clasificări ale stărilor reactive.

Pentru E. Kretschmer, reacţiile sunt de două feluri : *reacţii primitive* şi *reacţii ale personalităţii*.

Reacţiile primitive sunt consecutive unor experienţe interne care se manifestă imediat, în mod direct, prin acţiuni impulsive instantanee sau prin procese profunde de natură hipobulică sau hiponoică, fără a angaja ansamblul personalităţii. Ele sunt specifice copiilor, persoanelor needucate, celor cu maturitate afectivă, intelectuală la limită, alcoolicilor sau persoanelor psihopate. În cadrul acestui grup distingem următoarele forme :

a) *reacţii explozive* constând în stări afective intense, descărcate într-o formă elementară şi simplă, ireflexive şi incapabile de a fi controlate de individ ;
b) *acţiunile de „scurtcircuit"*, reacţii care se transformă direct în acte, în afara oricăror intervenţii ale personalităţii. Acţiunea şi impulsiunea afectivă care le provoacă formează un ansamblu unic şi bine ordonat ;
c) *reacţii hipobulice şi hiponoice*, reprezentate prin următoarele :

- reacţii hiponoice asemănătoare visului ;
- reacţii hipobulice din cursul isteriei ;

d) *simularea şi refularea*, forme de manifestare de tip reactiv înrudite între ele. Ele sunt reacţii de refugiu, legate de situaţiile de frustrare a individului.

Reacţiile personalităţii sunt cele în producerea cărora este antrenată personalitatea în totalitatea sa, într-o formă activă şi conştientă. În această grupă se situează următoarele forme de manifestări psihopatologice :

a) *manifestările expansive* de tip hiperstenic, expansiv-pasionale, aşa cum sunt întâlnite în paranoia ;
b) *manifestările senzitive*, acele manifestări de tip astenic care traduc o slăbiciune de caracter, vulnerabilitate, timiditate şi modestie. În sensul acesta, sunt menţionate ca exemple : delirul senzitiv de relaţie, nevroza obsesională ;
c) *dorinţele şi realizările artistice*, care sunt legate de sublimare, mecanismele de catharsis, realizarea autistă a dorinţelor de tipul erotomaniei sau al bovarismului.

Din punctul său de vedere, K. Schneider clasifică stările reactive în două grupe : *reacţii anormale la evenimentele trăite externe* şi *reacţii conflictuale interne*. Le vom prezenta în continuare.

Reacţiile anormale la evenimentele trăite de individ sunt depresia reactivă, starea crepusculară reactivă şi delirul reactiv. Ele sunt, de regulă, răspunsuri afective la evenimentele vieţii exterioare trăite de bolnav. Caracterul lor este pus în evidenţă, din punct de vedere tipologic, de sentimentul dominant : grijă, nostalgie, tristeţe, nelinişte, oroare, angoasă, mânie, stare de iritabilitate. Din punct de vedere clinic, au valoare în primul rând tristeţea, frica şi starea de angoasă.

Reacţiile conflictuale interne corespund „reacţiilor personalităţii" descrise de E. Kretschmer şi sunt reprezentate prin următoarele : reacţii de gelozie, reacţii depresive grave, reacţii psihotice.

La clasificările anterior prezentate ale lui K. Schneider şi E. Kretschmer, A. Porot adaugă o clasificare a stărilor reactive în două grupe principale, şi anume :

A. *Reacţii individuale*, proprii unei singure persoane, care pot fi :

a) *reacţii primitive* :
- reacţii explozive constând în agitaţie impulsivă, stări confuzionale sau crepusculare cu un mare potenţial agresiv (suicid, omor, incendiu, viol, fugă, furt) ;
- refulare cu formarea de complexe ideo-afective, ceea ce poate constitui o serioasă potenţialitate pentru o viitoare nevroză sau psihoză ;
- conversiune de tip isteric (motor, senzorial, somatic sau psihic) ;

b) *reacţii ale personalităţii*, determinate de tipul constituţional al subiectului şi de modelul de răspuns al acestuia din punct de vedere emoţional-afectiv. Pot avea următoarele aspecte : paranoia senzitivilor, depresii reactive, fenomene pitiatice.

B. *Reacţii colective şi sociale* sau „psihozele reactive", care apar la un grup populaţional în condiţiile unor cataclisme sociale (război, bombardament, deportări, captivitate, revoluţii, cutremure, incendii, inundaţii). Ele pot lua diferite aspecte psihopatologice : panică, teroare, frică, violenţă, stupoare, acţiuni paradoxale etc.

Stările reactive analizate mai sus oferă o largă paletă de tulburări psihopatologice specifice, raportate atât la factori etiologici exogeni, cât şi de tip constituţional, în raport cu dispoziţiile personalităţii. Vom analiza în continuare *contrareacţiile* în psihopatologie.

Contrareacţiile

Contrareacţiile sunt atitudinile adoptate de un individ ca o consecinţă a reacţiilor sale. În egală măsură, ele pot fi considerate atitudini ale celorlalţi indivizi faţă de reacţiile unei sau unor persoane la care asistă, fără a fi direct şi personal angajaţi în acestea. Astfel, *contrareacţiile* ne apar ca o suită de manifestări psihologice sau psihopatologice de tip „atitudinal" faţă de actele reactive[1].

Aşa cum s-a arătat deja, reacţiile produc o bruscă şi imediată schimbare a persoanei, de diferite forme şi intensităţi psihopatologice. De regulă, reacţiile sunt răspunsuri emoţionale subite, adesea cu un caracter ireflexiv, ale persoanei la evenimentele psihotraumatizante ale vieţii. Ulterior însă, persoana conştientizează propriile reacţii. Consecinţa acestor conştientizări este, de fapt, un transfer din planul emoţional în planul raţional al efectelor reacţiei.

Postreacţia este o etapă de „autoanaliză", de autoevaluare a propriilor manifestări, pe care persoana o face în planul mintal al acţiunilor sale „reactive". Am putea considera că *postreacţia* reprezintă de fapt *contrareacţia*. Orice stare de postreacţie are două aspecte:

1. O anumită *stare psihologică* de tipul:
   - Ce s-a întâmplat cu mine?
   - Cum a fost posibil aşa ceva?
   - Ce am vrut de fapt să fac prin asta?

   Se poate constata că ne aflăm în faţa unor atitudini de interogaţie, în cursul cărora individul încearcă să se autoexplice, raportându-se la modul anterior neobişnuit al manifestării sale.
2. O anumită *atitudine morală* faţă de actele sau manifestările sale anterioare: regret, ruşine, teamă etc. Acestea implică intrarea în acţiune a *responsabilităţii morale* ca factor de cenzură a actelor anterior desfăşurate, percepute ca anormale sau ca acte de vinovăţie.

Mecanismele contrareacţiilor

Din punct de vedere psihopatologic, orice *contrareacţie* se desfăşoară în sens contrar *reacţiei* şi este în relaţie directă şi inteligibilă cu semnificaţia reacţiei căreia i se opune.

Dacă vom considera reacţia ca un tip particular de răspuns al persoanei la o situaţie frustrantă, contrareacţia reprezintă atitudinea, dar şi acţiunea care se opune frustrării şi încearcă să o anuleze printr-o altă frustrare. Vom explica această afirmaţie în continuare.

O persoană este frustrată de o altă persoană dominantă, care exercită asupra ei o presiune şi-i impune interdicţii. Persoana dominantă şi frustrantă are rol de *persoană*

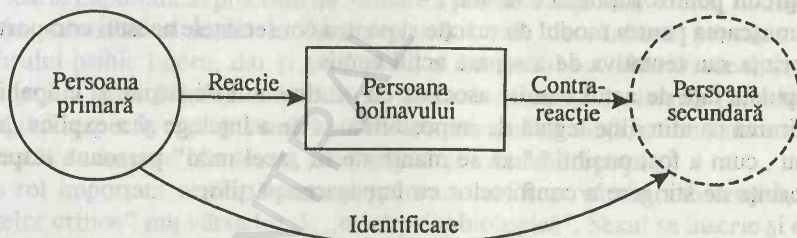
---

1. C. Enăchescu, *Tratat de psihologie morală*, Editura Tehnică, Bucureşti, 2002.

inductoare. Această persoană are semnificaţia simbolică de „autoritate" asupra celeilalte, prin acţiunea ei represivă. În cazul reacţiei, sensul procesului inductor este dinspre persoana dominantă către persoana dominată sau de la victimizant la victimă. În cazul contrareacţiei, sensul procesului este invers, de la persoana victimizată către persoana victimizantă, ca un act de revoltă de la indus la inductor. Dacă în prima situaţie inductorul frustrează victima, în cea de-a doua situaţie, victima va fi cea care va frustra inductorul ca o consecinţă a acţiunii anterioare a acestuia. Prin aceasta, contrareacţia vine să reechilibreze acţiunea reacţiei.

Din punct de vedere psihopatologic, mecanismele reacţiei, conform teoriei lui K. Jaspers prezentate mai sus, sunt net inteligibile în raport cu cauza care le-a produs sau declanşat. În cazul contrareacţiei, mecanismele sunt explicabile mai mult din punct de vedere moral decât psihologic, ele apărând ca o „atitudine morală internă" a persoanei frustrate faţă de consecinţele acestor frustrări, o problemă de conştiinţă. Din acest motiv, explicarea mecanismelor contrareacţiilor are în primul rând un caracter psihanalitic, legat de înţelegerea simbolică a unei „situaţii conflictuale".

Din punct de vedere psihanalitic, contrareacţia este o atitudine sau, mai exact, o acţiune de „transfer proiectiv" al propriilor frustrări asupra altei persoane, de regulă din anturajul imediat al bolnavului sau cu care acesta identifică, din punct de vedere simbolic, persoana sau persoanele ce l-au frustrat. În sensul acesta, *persoana bolnavului* se va situa într-o stare de „echilibru psihologic" între două persoane: *persoana primară* (frustrantă şi dominantă) şi *persoana secundară* (frustrată şi dominată), care este în relaţie simbolică faţă de prima, aşa cum se poate vedea în schema de mai jos:



Acest fapt este posibil întrucât bolnavul va identifica simbolic în *persoana secundară* imaginea *persoanei primare*, atribuindu-i în mod inconştient acesteia atributele primeia. Frustrând persoana secundară, bolnavul va face un act de „anulare simbolică" a frustrărilor sale anterioare pe care i le-a produs persoana primară, întrucât el „vede" în persoana secundară „imaginea şi atributele simbolice" ale persoanei primare, cu care o identifică pe aceasta.

De regulă, persoana secundară trebuie să incarneze „atributele" simbolice ale persoanei primare în următoarele privinţe:

- să aibă autoritate faţă de bolnav;
- să aibă un statut superior faţă de bolnav;
- să reprezinte un model pentru bolnav;
- să refuze ca bolnavul să se identifice cu acesta;
- să exercite o acţiune care poate fi interpretată sau resimţită de bolnav ca *protectoare*, *dominantă*, de *model*, dar care îi este permanent refuzată;
- să existe un anumit tip de relaţie de comunicare între persoana secundară şi bolnav.

Tipurile de contrareacţii

Tipurile de contrareacţii se discută în raport cu cele de reacţii. Aceasta întrucât, aşa cum se poate desprinde din cele de mai sus, formele contrareacţiilor au un caracter de complementaritate în raport cu cele ale reacţiilor.

Fiind „atitudini psihologice şi morale" în raport cu stările reactive, contrareacţiile se pot manifesta prin două modalităţi ce reprezintă, de fapt, două categorii de forme, şi anume:

1. *Tipuri psihologice* de contrareacţii, caracterizate prin manifestări de natură psihologică, cum ar fi următoarele:
   - conduite de refugiu sau de retragere;
   - sentiment de culpabilitate în raport cu actul sau comportamentul consumat;
   - dorinţa de distanţare, de separare de actul reactiv petrecut;
   - o atitudine de angajare sau de coparticipare la acţiunea reactivă, printr-un mecanism de inducţie sugestivă sau de reluare ori continuare a actului comis anterior;
   - dorinţa de a provoca şi întreţine o stare reactivă, odată declanşată;
   - starea de frică la care se asociază fuga din faţa primejdiei.
2. *Tipuri morale* sau psihomorale de contrareacţii caracterizate prin următoarele forme de manifestare, cu caracter interior, în planul conştiinţei subiectului, reprezentate prin:
   - regretul pentru acţiunea comună;
   - remuşcarea pentru modul de reacţie şi pentru consecinţele acestui comportament;
   - dorinţa sau tentativa de a repara actul comis;
   - repulsia faţă de actul comis, asociată cu sentimentul de ruşine şi culpabilitate;
   - mirarea ca atitudine legată de imposibilitatea de a înţelege şi a explica „de ce?" sau „cum a fost posibil?" să se manifeste în „acel mod" persoana respectivă;
   - dorinţa de stingere a conflictelor cu împăcarea părţilor.

Dezvoltările anormale

Cadrul general al problemei

Problema definirii stărilor de dezvoltare anormală este la fel de dificilă ca şi cea a reacţiilor. Majoritatea autorilor sunt de acord în a admite că limitele dintre *nevroze*, *psihopatii*, *reacţii* şi *dezvoltări anormale* sunt extrem de variabile şi adesea scapă unei analize curente clinico-psihiatrice. Unii autori pun serios în discuţie, aşa cum se va vedea în continuare, chiar problema diferenţierii acestui grup de tulburări psihopatologice de *psihozele endogene*.

În delimitarea cadrului nosologic al psihopatologiei *dezvoltărilor anormale la evenimentele vieţii* individului, trebuie avute în vedere cauzele care le pot produce.

În cazul *reacţiilor patologice*, cauzele sunt de regulă exterioare individului. Ele survin brusc, sunt bine determinate şi au un caracter de psihotraumatism emoţional-afectiv. Reacţiile dispar odată cu încetarea acţiunii cauzei asupra persoanei respective.

În cazul *dezvoltărilor anormale*, factorii etiologici sunt „absorbiţi" şi „prelucraţi" de subiect, iar echilibrul psihic, odată tulburat, nu se mai poate restabili uşor şi imediat, ca în cazul reacţiilor.

Nevrozele presupun un conflict exterior, pe când dezvoltările anormale, un conflict interior, de o mai mare importanţă şi complexitate. Un rol important revine factorilor psihotraumatizanţi care intervin în cursul „perioadelor de criză psihobiologică" a individului, fie că este vorba de pubertate şi adolescenţă, fie că este vorba de menopauză şi andropauză, din perioada de involuţie. În aceste situaţii, „terenul" sau „dispoziţia" reprezintă un factor favorizant major, după părerea lui W. Bräutigam.

K. Schneider consideră dezvoltările anormale ca fiind modificări ale dinamicii psihice legate, în primul rând, de terenul psihobiologic al subiectului. Precizăm că prin *teren* sau *constituţie somatopsihică* se înţeleg tendinţele congenitale biologice, bine fixate de individ de-a lungul generaţiilor, de a răspunde cu o atitudine mai mult sau mai puţin stereotipă la anumite excitaţii sau constelaţii de factori etiologici, precum şi dispoziţia de a schimba modelul de atitudine corespunzătoare ulterioară, în interiorul unor limite bine precizate. Acest punct de vedere este acceptat şi de către B. Peuleikhoff şi K. Mester.

Pentru *nevroze*, au semnificaţie patogenă „situaţiile de viaţă" ale individului, pe când, în cazul *dezvoltărilor anormale*, factorul decisiv îl reprezintă terenul psihobiologic constituţional al acestuia sau o anumită „dispoziţie" înnăscută care îi este specifică.

Jenkins afirmă, referitor la „teren", că „fiecare om se naşte psihopat, dar prin educaţie, socializare şi autodisciplină se transformă în *homo domesticus*". Factorii normativi represiv-modelatori, şcolar-educaţionali, socioculturali şi moral-religioşi au un rol foarte important în procesul de formare a personalităţii individului, în „socializarea" acestuia, contribuind astfel la formarea stării sale de sănătate mintală, condiţie a echilibrului psihic intern, dar şi a adaptării şi integrării sociale externe a acestuia.

În geneza dezvoltărilor anormale se notează existenţa în istoria psihobiografică a individului respectiv a unor situaţii psihotraumatizante de viaţă, cu un caracter neobişnuit şi deosebit de intense, de durată îndelungată şi eventual repetate.

Un rol important revine, aşa cum spuneam mai sus, vârstei subiectului, în special „vârstelor critice" sau vârstelor de „criză psihobiologică". Sexul se înscrie şi el ca factor favorizant. La femei, se notează conflicte sentimentale, familiale, abandon, pe când la bărbaţi predomină eşecurile profesionale şi cele de ordin social.

Formele clinice ale dezvoltărilor anormale

Cele mai importante tipuri de *dezvoltări anormale* ale personalităţii, după B. Peuleikhoff şi H. Mester, sunt următoarele : *tulburările astenice*, *depresive*, *isterice*, *ipohondriace* şi *paranoide*. Le vom prezenta în continuare.

1. Dezvoltarea astenică

Aceasta corespunde cu ceea ce P. Janet a reunit în conceptul clinico-nosologic de *psihastenie*. E. Bleuler insistă asupra extravaganţei asociate cu o stare de epuizare cronică a individului. Se notează astenie, apatie, scăderea tenacităţii voliţionale, evitarea răspunderilor, tulburări de ordin neurovegetativ şi chiar preocupări ipohondriace.

2. Dezvoltarea depresivă

Acest tip de tulburare începe prin restrângerea orizontului personal al sferei de activităţi şi interese proprii ale bolnavului, cu tendinţe spre izolare, reducerea comunicării şi închiderea în sine. Se notează o stare de slăbiciune a Eului, izolare narcisică însoţită de tendinţe la autism, dispoziţie tristă, depresie.

3. Dezvoltările isterice

Acestea se consideră a fi legate de complexele sexuale ale bolnavului fixate încă din copilăria acestuia (S. Freud). Se notează existenţa unei sugestibilităţi crescute, înclinaţia la exhibiţionism, imaturitate emoţional-afectivă, tendinţa la forme de conversiune isterică. În psihobiografia acestor indivizi se notează existenţa unor carenţe emoţional-afective familiale în copilărie (absenţa tatălui, mame care şi-au neglijat rolul etc.).

4. Dezvoltările ipohondriace

Acest tip de tulburări este pus în legătură cu patologia pulsională (Hansen). Frica, suspiciunea, organizate sau centrate în jurul propriului Eu, având ca temă majoră impresia unui pericol la adresa stării de sănătate personală, constituie factori emoţionali în geneza acestui tip de dezvoltări anormale ale personalităţii. Bolnavul se află într-o permanentă stare de tensiune psihică. Gândirea sa este dominată de suspiciunea unei ameninţări serioase a stării sale de sănătate. Se vorbeşte chiar de o „atitudine ipohondriacă" constituţională (Chrzanowski). Afecţiunea este mai frecvent întâlnită în perioada de involuţie (Sattes).

5. Dezvoltările paranoide

Ele trebuie separate de *paranoia*. E. Kraepelin a definit paranoia ca „o dezvoltare lentă a unui sistem delirant bine fixat, cu păstrarea unei clarităţi şi ordini perfecte din punct de vedere formal a gândirii, voinţei şi acţiunii", având o cauză endogenă.

Dezvoltările paranoide îşi au cauza în evenimente psihobiografice care pot afecta personalitatea indivizilor în sensul sus-menţionat. Rolul esenţial în această privinţă revine structurii personalităţii acestei categorii de indivizi, „terenului psihobiografic" care favorizează dezvoltarea unor astfel de tulburări psihopatologice. Aceste dispoziţii maladive constau din următoarele: nesiguranţă, suspiciune crescută, stare de tensiune psihică permanentă, psihorigiditate cu tendinţă la închidere în sine, dificultăţi serioase de adaptare, o mare senzitivitate faţă de frustrări.

22. Nevrozele

Istoric

Termenul *nevroză* apare în secolul al XVIII-lea în legătură cu studiile efectuate de Vieussens asupra creierului. El începe să fie folosit în mod curent de către W. Cullen (1769) pentru a desemna „un ansamblu de tulburări ale sentimentului sau ale mişcării fără febră şi fără o leziune decelabilă a organelor interne, dar în raport cu o afecţiune de ordin general a creierului".

Ph. Pinel (1819) introduce în grupa nevrozelor următoarele afecţiuni : surditatea, cecitatea, diplopia, tetania, eclampsia, convulsiile, hidrocefalia şi coreea. M. Romberg (1840) include în grupul nevrozelor şi bolile nervilor periferici, ale măduvei spinării şi encefalului.

E. von Feuchtersleben (1845) propune termenul de *psihoză* pentru a desemna bolile psihice, pe când termenul de *nevroză* îl rezervă bolilor neurologice ale sistemului nervos.

J.M. Charcot va descrie diferite entităţi patologice ale sistemului nervos central de natură organică, după modelul anterior al PGP. Celelalte tulburări nervoase, cum ar fi isteria, le consideră ca fiind boli *dinamice* sau *funcţionale*, lipsite de un substrat organic cerebral.

În secolul al XIX-lea, în grupa nevrozelor sunt incluse bolile la care nu se poate decela o leziune organică cerebrală şi care, din punct de vedere clinic, se manifestă prin tulburări de natură psihiatrică. Din acest motiv, H. Tuke (1892) va considera nevrozele ca fiind boli funcţionale.

Studiul şi cunoaşterea clinică a nevrozelor înregistrează o dezvoltare considerabilă între anii 1860 şi 1890 prin contribuţiile lui J.M. Charcot, A.A. Liébault şi J. Berheim. Ei au reuşit să reproducă simptome clinice de tip nevrotic induse cu ajutorul sugestiei hipnotice. Din acest moment, nevrozele sunt considerate tulburări psihogene (J. Babinski, Gilles de la Tourette).

În secolul XX, cunoştinţele despre nevroze se dezvoltă în mod considerabil. E. von Kraft--Ebbing vorbeşte despre psihonevroze, la fel ca şi F. Raymond, subliniind prin aceasta etiopatogenia psihologică a nevrozelor. La rândul său, P. Janet subliniază natura psihogenă a nevrozelor, în opoziţie cu cea de tip organogenetic, pe care o consideră specifică psihozelor.

O contribuţie importantă, adevărată „răsturnare revoluţionară", a reprezentat-o teoria psihanalitică despre nevroze. S. Freud, de pe poziţiile modelului de gândire psihanalitic, distinge două grupe principale de tulburări psihice :

a) *nevrozele actuale* (neurastenia, ipohondria, nevroza de angoasă), în raport cu tulburările recente ale vieţii instinctuale ;

b) *psihonevrozele* sau *nevrozele de apărare*, care au la baza lor situaţii conflictuale legate de dezvoltarea afectivă precoce, în special cea a sexualităţii infantile şi în cadrul cărora delimitează următoarele forme :
   - *psihonevrozele structurate* sau de transfer (isteria de conversiune, nevroza obsesională şi nevroza fobică), ale căror conflicte inconştiente sunt reactualizate prin transferul indus în cursul curei psihanalitice ;
   - *psihonevrozele narcisice*, care corespund, după S. Freud, cu PMD ;
   - *psihozele* propriu-zise, reprezentate prin schizofrenie şi paranoia.

Un moment important este reprezentat de contribuţiile lui K. Jaspers şi K. Schneider, care aplică metoda fenomenologică în studiul clinico-psihiatric al nevrozelor. O contribuţie importantă a fost adusă de concepţia antropologică şi existenţialistă aplicată în psihiatrie la studiul nevrozelor, considerându-le ca „situaţii de eşec" înscrise în contextul psihobiografic al individului (V.K. von Gebsattel, L. Binswanger, A. Zutt, R. Kuhn).

Definiţie şi cadru psihopatologic

Nevrozele sunt afecţiuni psihice fără o bază organică cerebrală, care nu alterează personalitatea bolnavului şi se însoţesc de o conştiinţă sau de un sentiment penibil, legat de prezenţa stării morbide. Ele sunt afecţiuni psihice de origine psihogenă, fiind înrudite din acest punct de vedere cu reacţiile patologice, şi au, ca şi acestea, un caracter reversibil (A. Porot).

Majoritatea specialiştilor sunt de acord în a recunoaşte faptul că în „sfera stărilor nevrotice" sunt cuprinse două aspecte psihopatologice principale, şi anume :

a) *tulburarea nevrotică*, concept descriptiv, dar la care nu este precizată etiopatogenia ;
b) *procesul nevrotic*, concept care implică rolul cauzal al unui conflict inconştient în apariţia tulburărilor.

Din punct de vedere psihopatologic, tulburările nevrotice sunt caracterizate prin următoarele aspecte :

- tulburări mintale (psihice, somatice, comportamentale) ;
- absenţa oricărei etiologii organice demonstrabile ;
- sunt resimţite de individ ca fenomene nedorite sau inacceptabile, străine acestuia şi care nu fac parte din personalitatea sa ;
- perturbă moderat sau deloc experienţa realităţii şi nu alterează în mod fundamental sentimentul de identitate.

În ceea ce priveşte *clasificarea nevrozelor*, există mai multe puncte de vedere, legate tocmai de aspectele doctrinare psihiatrice, psihologice, psihanalitice, psihosomatice sau psihopatologice la care se face referire. Le vom prezenta, în cele ce urmează, pe cele mai importante dintre acestea.

Clasificarea psihanalitică, aşa cum a fost ea propusă de S. Freud, se axează, în special, pe manifestările şi organizările nevrotice, după cum se poate vedea în tabelul următor :

<table>
<tr><td colspan="2">Patologie</td><td colspan="2">Normalitate şi pseudonormalitate</td></tr>
<tr><td>Tulburări nevrotice la personalitatea ne-nevrotică</td><td>Nevroze simptomatice (isterie, nevroză obsesională, fobică)</td><td rowspan="2">Nevroze asimptomatice (nevroze de caracter şi personalităţi patologice)</td><td rowspan="2">Personalităţi nevrotice (isterice, obsesionale etc.)</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Tulburări nevrotice simptomatice pentru o afecţiune organică cerebrală</td><td rowspan="2">Stări nevrotice anxioase</td></tr>
<tr><td colspan="2">Manifestări nevrotice de tip reactiv</td></tr>
</table>

O clasificare mai detaliată, care doreşte să fie cât mai conformă cu tabloul clinico-psihiatric al nevrozelor, ne este oferită de CIM (Clasificarea Internaţională a Bolilor) şi DSM (manualul american de diagnostic statistic al bolilor psihice), aşa cum se poate vedea, comparativ, mai jos:

CIM	DSM
1. Nevroza de angoasă	– panică – anxietate generalizată
2. Isterie a) cu conversie	– tulburări de conversie – dureri psihogene
b) cu disoluţie	– amnezie psihogenă – fugă psihogenă – personalitate multiplă – somnambulism
3. Nevroza fobică	– agorafobie cu atacuri de panică – agorafobie fără atacuri de panică – fobie socială – fobie simplă – angoasă de separaţie
4. Nevroza obsesivă	– tulburări obsesiv-compulsive
5. Depresia nevrotică	– depresie majoră (episod izolat fără melancolie) – depresie majoră recurentă fără melancolie – tulburarea distemică – tulburarea de adaptare cu dispoziţie depresivă
6. Neurastenie	
7. Sindromul de depersonalizare	– depersonalizare
8. Ipohondria nevrotică	– ipohondrie
9. Sindromul lui Briquet	– tulburări somatomorfe
10. Tulburări de personalitate (nevroza de caracter)	

→

11. Deviații și tulburări sexuale (frigiditate, impotență, dispareunie psihogenă)	– tulburări ale funcțiilor psihosexuale
12. Tulburări funcționale fiziologice de cauză psihogenă	– factori psihologici care influențează sau generează tulburări psihice
13. Psihalgii	– dureri psihogene
14. Stări reactive acute	– situații de stres acute
15. Tulburări de adaptare	– situații de stres cronice
16. Alte tulburări nevrotice	– tulburări factice – sindromul Münchausen – simularea

Descrierea formelor de nevroză

Cele prezentate mai sus oferă un tablou de ansamblu al formelor clinice de nevroză, așa cum sunt ele sistematizate în clasificările nosologice. În ceea ce ne privește, reținem următoarele forme clinice, pe care le vom descrie în continuare: *stările anxioase nevrotice*, *nevroza de angoasă*, *nevroza isterică*, *nevroza fobică*, *nevroza obsesivă*, *nevroza ipohondriacă*.

1. *Stările anxioase nevrotice*

Anxietatea este definită ca un sentiment penibil de așteptare, o teamă fără obiect, frica de un pericol imprecis. Aceste caracteristici disting anxietatea de teamă, care este o emoție analogă anxietății, dar legată de un pericol obiectiv și real. Această opoziție schematică face din teamă un sentiment comprehensibil pentru celălalt, pe când aprehensiunea anxietății îi apare ilogică, irațională și disproporționată în raport cu riscurile menționate de bolnav.

Trebuie făcută diferența dintre „anxietate" și „angoasă". Termenul „anxietate" desemnează neliniștea, teama fără obiect precis, pe când cel de angoasă desemnează senzațiile fizice de constricție și de opresiune care însoțesc, într-un grad variabil, sentimentul unui pericol imprecis (Brissaud).

Angoasa este o experiență comună, strâns legată de viața și condiția umană, trebuind, astfel, să fie considerată un fenomen normal ce stimulează activitățile mintale ale unui individ. În sensul acesta, se vorbește despre două tipuri de angoasă: angoasa normală și angoasa patologică.

Termenul „stare anxioasă" desemnează ansamblul de tulburări anxioase care survin la o personalitate normală sau la una nevrotică sau ca simptom asociat în cadrul diferitelor nevroze simptomatice. Din această perspectivă, trebuie diferențiate manifestările anxioase psihotice de cele simptomatice din cursul evoluției unei boli somatice.

Anxietatea este prezentă constant în cursul stărilor nevrotice. Ea constituie esențialul simptomatologiei clinice, fiind în acest caz considerată „anxietate liberă" sau „liber flotantă". Uneori, ea se poate converti în simptome somatice (ca în cazurile de isterie) sau în unele forme de reprezentări mintale (fobii, obsesii). În aceste cazuri, se vorbește de o „anxietate legată".

2. *Nevroza de angoasă*

Aceasta este o categorie nosologică şi un concept clinic introdus de S. Freud. Sfera acesteia a fost completată cu „nevrozele de angoasă" şi cu „nevrozele actuale" (F. Alexander, P. Marty, D. Klein).

Din punct de vedere clinic, nevroza de angoasă realizează o stare anxioasă flotantă, izolată. Ea grupează manifestările paroxistice de *crize de angoasă* (cardiovasculare, digestive, respiratorii, genito-urinare, neuromusculare şi senzoriale), anxietatea cronică şi alte tipuri de modificări comportamentale.

3. *Nevroza isterică*

Descrisă încă din Antichitate de către Hipocrat, ea are o perioadă de maximă atenţie şi importanţă clinică în secolul al XIX-lea, prin studiile lui J.M. Charcot, fiind ulterior revizuită de elevii acestuia (J. Babinski şi P. Janet). Psihanaliza va aduce noi şi importante contribuţii în acest domeniu.

Un rol important în revizuirea şi precizarea cadrului clinico-psihiatric şi a semnificaţiei psihopatologice a isteriei l-au avut ideile lui J. Babinski. Acesta defineşte *isteria* sau *pitiatismul* ca ansamblul de tulburări susceptibile de a fi reproduse prin sugestie şi care, la rândul lor, pot dispărea tot sub influenţa sugestiei sau a persuasiunii.

Din punct de vedere clinic, nevroza isterică se caracterizează prin diferite tulburări somatice, tranzitorii sau de durată, fără un substrat organic cerebral sau somatic, tulburări cunoscute sub numele de „simptome de conversiune". La acestea se mai adaugă tulburări psihice de un mare polimorfism şi de un profil caracterial specific, cunoscut sub denumirea de „structura mintală a istericilor" (P. Janet).

P. Janet a insistat în mod deosebit asupra „structurii mintale a istericilor", configurând chiar, în sensul acesta, un veritabil profil de personalitate psihopatologică specifică. Aceasta se caracterizează, după autorul citat, printr-o impresionabilitate extremă a inteligenţei şi sensibilităţii. La acestea se mai adaugă tendinţa la imitaţie, sugestibilitatea şi autosugestia acestei categorii de bolnavi. În plan moral, notăm un caracter bizar, capricios, fantastic, de o mare mobilitate, sensibilitate vie şi disproporţionată în raport cu evenimentele trăite de bolnav, duplicitate, mitomanie, acte de bravură alternând cu acţiuni perverse etc. (Régis, Pitres). Totul, în sfera personalităţii istericilor, exprimă mobilitate şi contrast în planul ideilor, sentimentelor, afectelor, instinctelor şi actelor (E. Régis).

Majoritatea autorilor recunosc existenţa unei structuri mintale caracteristice isteriei (Babinski, Janet, Régis, Colin, Gilbert-Ballet). Încă din perioada adolescenţei, tinerele isterice se remarcă prin trăsături particulare de personalitate. Ele au o mare vivacitate intelectuală, precocitate, impresionabilitate, tendinţă către cochetărie, căutând să atragă atenţia celorlalţi asupra lor, tendinţă la reverie şi mitomanie. Afectiv, sunt instabile, imprevizibile, cu o mare tendinţă la imitaţie din cauza unei sugestibilităţi excesive. Alte trăsături sunt caracterul bizar, capricios, reacţiile afective disproporţionate în raport cu evenimentele vieţii, cleptomanie, nevoia de a se da în spectacol în public, tendinţa de a construi intrigi etc.

Structura mintală a istericilor se caracterizează prin următoarele trăsături : îngustarea câmpului conştiinţei şi apariţia unei personalităţi secundare. Pentru majoritatea specialiştilor,

este vorba de o exagerare a unor trăsături psihice anterioare constituirii bolii, dar care trec neobservate clinic. Pitres le caracterizează ca având „un caracter mobil, înclinat către fantasme, romantic, influenţat de impresiile de moment". Ele sunt instabile şi imprevizibile.

De regulă, din punct de vedere psihopatologic, în cadrul manifestărilor clinico-psihiatrice ale nevrozei isterice se disting simptome somatice, simptome psihice intermitente cu caracter de crize paroxistice, tulburări durabile de caracter şi comportament. Le vom dezvolta în continuare pe fiecare dintre acestea.

Simptomele somatice care apar în cursul nevrozei isterice interesează toate organele şi sunt expresia unor dereglări neurovegetative de tipul conversiunii somatice, specifice isteriei. Se notează în toate cazurile absenţa oricăror atingeri organice. Simptomul de conversiune isterică este reversibil, având un caracter pur funcţional, nelezional. În cadrul simptomelor somatice, menţionăm următoarele tipuri de tulburări:

– *tulburări de motricitate şi tonus muscular*, de tipul clasic al „crizei pseudoconvulsive" sau „epileptoide" clasice, descrisă la vremea sa de J.M. Charcot, cu un aspect clinic deosebit de zgomotos şi spectacular. Se notează ca tulburări următoarele : tremurături sau mişcări coreiforme, sughiţ, disfagie (*bolus hystericus*), lipotimi, bâlbâială, somnolenţă diurnă, tulburări astenice, astazie-abazie, contractări musculare segmentare, pseudo-paralizii, afonie, ticuri, tulburări de dinamică sexuală ;
– *tulburări senzitive*, reprezentate prin : hipoestezii, anestezii, algii diverse, pseudo-surditate, acufene, tulburări de vedere ;
– *tulburări neurovegetative* de tipul spasmelor dureroase, tulburări gastrointestinale, simptome cardiovasculare şi respiratorii, tulburări ginecologice, trofice etc.

Simptomele psihice intermitente sau cu caracter de „crize paroxistice" care apar la bolnavii cu nevroză isterică presupun pierderea cunoştinţei, catalepsie, hipersomii, stări onirice, crize pseudoconvulsive. În altă ordine de idei, notăm mitomania, demonstrativitatea histrionică, evitarea sau accentuarea activităţii sexuale. În general, în acest grup de tulburări sunt menţionate câteva sindroame psihice, considerate ca fiind „tulburări disociative". Ele se caracterizează prin debutul brusc şi evoluţia clinică tranzitorie, legate de un anumit regim de integrare funcţională a conştiinţei identităţii şi comportamentului motor al bolnavului respectiv. Acestea sunt următoarele :

– amnezia psihogenă ;
– fuga psihogenă ;
– personalitatea multiplă ;
– somnambulismul ;
– depersonalizarea.

Tulburările disociative atipice trebuie considerate „stări de transă" sau de „exaltare mistică" consecutive unei inducţii sugestive (şedinţe de spiritism, îndoctrinare fanatică, aderarea la secte, detenţie, *brain washing* etc.).

La cele de mai de mai sus, E. Régis adaugă tulburările de conştiinţă de tipul „stărilor crepusculare", descrise şi de autorii germani (Ziehn, Kraepelin, Ganser). Stările crepusculare isterice (*Dämerzustände*) constau în obnubilarea bruscă, de scurtă durată, a conştiinţei, însoţită frecvent de iluzii şi halucinaţii, sfârşind la fel de brusc şi urmată de amnezie postaccesuală. Mai este descris şi sindromul Ganser (tulburări ale conştiinţei de diferite grade până la stupoarea completă, dismnezii sau amnezie, răspunsuri absurde, diferite manifestări isterice).

Făcând o sinteză a tulburărilor psihice întâlnite în cursul isteriei, J. Rogues de Fursac distinge două mari categorii de manifestări psihopatologice: *tulburările mintale permanente* şi *tulburările mintale episodice sau paroxistice*. Le vom analiza în continuare:

a) *tulburările mintale permanente* constituie ceea ce P. Janet a numit „stigmatele mintale" şi sunt cele care dau personalităţii acestei categorii de bolnavi marca particulară. Acestea constau în următoarele:
– slăbirea mobilităţii atenţiei;
– tulburări de memorie, în special de tipul amneziei de reproducere;
– tulburări ale vieţii sexuale, de regulă frigiditatea sau înclinaţii către perversiuni;
– slăbirea voinţei de tipul abuliei;

b) *tulburările mintale episodice sau paroxistice*, care fie însoţesc atacurile isterice, fie apar în mod independent de acestea; ele constau din următoarele:
– tulburările mintale asociate atacurilor de tipul următor: accentuarea tulburărilor de caracter, halucinaţii, idei fixe, fenomene delirante, agitaţie motorie, atitudini pasionale;
– tulburările mintale independente de atacurile clinice, sub formă de somnambulism, ca o formă de manifestare a automatismului psihologic. În plus, se notează stări crepusculare variate (stupoare, agitaţie, fugă, sindrom Ganser).

4. *Nevroza fobică*

Acest tip de nevroză este o stare morbidă în care fobia constituie simptomul prevalent şi în care mecanismele de apărare, precum şi conduitele de evitare a „tipului fobic de personalitate" reprezintă modurile de amenajare privilegiată a angoasei.

Din punct de vedere psihopatologic, *fobia* poate fi definită ca o teamă angoasantă declanşată de un obiect, de o situaţie sau de o persoană, nici una dintre acestea neavând însă un caracter periculos în realitate. Această teamă este recunoscută ca fiind excesivă sau patologică de către subiect, care adoptă măsuri pentru a evita să se confrunte cu ea, cum ar fi:
– evitarea obiectului sau a situaţiei „fobogene";
– căutarea unei asigurări prin prezenţa unei persoane însoţitoare a bolnavului;
– deţinerea unor obiecte de valoare protectivă.

Din punct de vedere clinico-psihiatric şi psihopatologic, fobiile se împart în următoarele trei grupe principale:

1. *Agorafobia* este teama de a trece sau traversa anumite străzi sau pieţe publice (*Westphaf*) sau teama de a ieşi în locurile publice, cum ar fi străzi, magazine, mijloace de transport (*Marks*).
2. *Fobiile sociale* sunt definite ca reprezentând o teamă persistentă faţă de situaţiile în care individul poate să fie observat de altul sau să pună, să apară într-o postură umilitoare etc. Cele mai frecvente forme de fobii sociale sunt următoarele:
– teama de a vorbi sau de a se manifesta în public;
– teama de a mânca sau de a bea în public;
– teama de a scrie în faţa altuia;
– teama de a utiliza toaleta;
– ereutofobia sau teama de a nu roşi în public;
– fobiile sexuale legate de teama de a nu putea realiza actul sexual în prezenţa partenerului, descalificându-se astfel în faţa acestuia.

3. *Fobiile simple* constituie o categorie reziduală de tulburări fobice şi sunt reprezentate prin următoarele :
- zoofobii sau teama de animale ;
- claustrofobii sau teama de spaţii închise ;
- acrofobiile sau teama de înălţimi ;
- fobii legate de mijloacele de transport ;
- fobiile arhaice sau „fricile infantile" care mai pot persista, în unele cazuri, şi la vârsta adultă (frica de vânt, furtună, nori, apă etc.).

Comportamentul personalităţilor fobice înregistrează aspecte particulare care urmăresc să evite stările anxiogene, protejând astfel individul de situaţia fobogenă. În sensul acesta, se descriu următoarele aspecte :

a) conduite de evitare, prin care individul caută să fie cât mai puţin confruntat cu obiectul sau cu situaţia fobogenă, organizându-şi comportamentul şi viaţa în consecinţă ;
b) conduitele de asigurare, constând în căutarea prezenţei unui personaj familiar, animal sau obiect, care să-i permită să se asigure în cazul unei situaţii fobogene ;
c) conduitele de fugă, cu hiperactivitate, ca adoptare a unei atitudini de bravură sau de sfidare a situaţiei traumatizante.

5. *Nevroza obsesivă*

Nevroza obsesivă se defineşte prin prezenţa simptomelor obsesionale sau compulsive, adesea multiple şi cu tendinţă extensivă, constituind o piedică în viaţa relaţională şi adaptarea socioprofesională a bolnavului, survenind, de regulă, la o personalitate patologică de tip psihastenic sau obsesiv.

Boala a fost descrisă de J.P. Falret (1866), care a denumit-o *la folie raisonnante* sau *la folie morale*. Contribuţii în acest domeniu au adus A. Morel (1866), care vorbea despre „delirul emotiv", Legrand du Saulle (1875), care a numit-o *la folie du doute*, iar P. Janet (1903) va crea cadrul clinic al „psihasteniei".

Din punct de vedere clinic şi psihopatologic, se disting următoarele forme de tulburări psihice în cadrul nevrozei obsesive :

1. *Obsesiile*

Obsesia constă în invadarea, independentă de circumstanţe, a conştiinţei şi raţiunii – care rămân clare şi intacte – unui anumit subiect de către o idee, o reprezentare ori un grup de idei sau reprezentări. Bolnavul se simte asediat, împotriva voinţei sale, de această idee sau reprezentare care-i suprimă propria disponibilitate de a gândi, deşi îi apare ca fiind absurdă sau asociată cu un sentiment penibil de tensiune anxioasă. În general, obsesiile pot fi cuprinse în următoarele trei categorii :
- obsesii ideative, reprezentate prin gânduri care se impun individului ;
- obsesii fobice, constând într-o evocare forţată a unor obiecte sau situaţii generatoare de angoasă, chiar în absenţa obiectelor sau a situaţiilor care le-ar putea provoca ;
- obsesii impulsive sau fobii impulsive, constând în teama de a nu comite, împotriva propriei voinţe, un act absurd, ridicol, imoral sau violent.

2. *Compulsiunile*

Compulsiunea este definită ca ideea unui act de îndeplinit, în general ridicol, absurd sau jenant, care se impune subiectului într-o manieră incoercibilă.

3. *Ritualuri şi verificări*

Comportamentele, mai mult sau mai puţin elaborate, cu caracter compulsional se pot asocia obsesiilor şi compulsiunilor elementare, considerate „simptome primare". Ritualurile obsesionale sunt constituite de o secvenţă fixă pe care subiectul se simte constrâns să o execute, deşi o consideră excesivă, inutilă sau chiar absurdă.

4. *Tematica clinică*

Conţinutul şi tematica obsesiilor şi a compulsiunilor pot fi grupate în următoarele categorii (A. Green):

- teme religioase, sacrale sau metafizice;
- teme morale;
- teme de puritate şi de protecţie corporală;
- teme de protecţie faţă de pericolele exterioare;
- teme de ordine şi simetrie;
- teme de precizie şi completitudine (perfecţionism);
- teme legate de scurgerea timpului.

Din punct de vedere psihopatologic, această tematică bogată poate fi sintetizată în următoarele forme de tulburări clinice:

- fobia de contact, de atingere sau *délire de toucher*;
- nebunia îndoielii (*folie du doute*) sau remuşcarea intelectuală;
- obsesii religioase;
- obsesii cu conţinut agresiv, cu autoacuzare sau conduite reparatorii;
- onomatomanie şi aritmomanie.

5. *Personalitatea obsesională*

În general, autorii sunt de acord în a accepta existenţa a trei tipuri de personalitate obsesională. Acestea sunt următoarele:

- personalitatea de tip psihastenic, caracterizată prin introspecţie, scrupulozitate, sentiment de neîndeplinire;
- personalitatea de tip obsesiv-compulsiv, caracterizată prin îndoială, reţinere emoţională, perfecţionism, reificări repetate;
- personalitatea de tip anal, caracterizată prin ordine, parcimonie, încăpăţânare.

6. *Nevroza ipohondriacă*

Termenul a fost creat de Hipocrat. Boissier de Sauvage (1770) a denumit această afecţiune o „halucinaţie a omului privind propria sănătate". J.P. Falret insistă asupra diferenţei dintre ipohondria delirantă şi ipohondria simplă. S. Freud o include în grupa „nevrozelor actuale", considerând-o un exemplu de învestire obiectuală şi de regresiune narcisică.

Ipohondria reprezintă grija exagerată a unei persoane privind starea de sănătate personală în plan fiziologic, somatic sau psihic. Din acest punct de vedere, ea este o „boală imaginară" în cursul căreia individul „inventează" o suferinţă de care se simte sau crede că este atins.

Ipohondria poate fi un simptom al unei nevroze structurate (isterică, fobică, obsesivă), focalizând neliniştea din cadrul unei nevroze de angoasă. Ea poate lua însă şi aspecte majore, ca în cazul „delirului ipohondriac" din cursul schizofreniei sau al paranoiei.

Psihopatologia de frontieră

Am prezentat în cele de mai sus problema nevrozelor. Acestea se constituie ca un grup nosologic specific de tulburări psihopatologice cu caracteristicile descrise pe larg mai sus. *Nevrozelor* li se „opune", din punct de vedere psihopatologic, grupul *psihozelor*, pe care le vom trata în continuare. Între aceste două grupe nosologice există o grupă de tulburări psihice greu de clasificat nosologic, ele împrumutând caracteristici atât de la nevroze, cât şi de la psihoze. Din aceste motive, existenţa lor, semnalată de numeroşi autori, a stârnit multe discuţii.

Autorii germani vorbesc despre „variaţiile patologice ale normalului", cei din Şcoala franceză de psihiatrie, despre „cazuri-limită", autorii anglo-americani au introdus conceptul clinic de „cazuri de frontieră" (*borderline cases*). Acest din urmă termen a fost acceptat şi cunoaşte astăzi cea mai largă răspândire şi utilizare. Vom dezvolta în continuare aspectele psihopatologice ale acestor tulburări „de frontieră".

Cazurile *borderline*, „cazuri de frontieră" sau „cazuri-limită", sunt cele care prezintă o dezvoltare atipică, o „stare preschizofrenică", reprezentând o categorie de bolnavi ce manifestă trăsături clinice cu aspect nevrotic sau psihopatic şi care, din punct de vedere dinamic şi evolutiv, sunt greu de clasificat nosologic (R. Ekstein, J.S. Kestenberg, M. Katan, B. Rank, M. Putnam, P. Mate şi A. Grenn, V.H. Brask, S. Lebovici şi P. Diatkine).

După V.H. Brask, specificul copiilor *borderline* schizofrenici rezidă în faptul că aceştia se îndepărtează de la normă printr-o simptomatologie extrem de variabilă. Ansamblul acestui grup posedă o fenomenologie comună ce reflectă structura psihopatologică de bază, considerată ca fiind expresia unei dezvoltări defectuoase, fragmentare a Eului şi care se manifestă printr-o fragilitate a relaţiilor acestuia cu realitatea, prin contacte slabe şi narcisice cu ceilalţi, dezordini subtile ale gândirii şi limbajului, o imagine corporală deficientă, dezordini marcate între capacităţi şi performanţele intelectuale, cu izbucnirea de impulsiuni primitive în sfera comportamentului sau a imaginaţiei (J. de Ajuriaguerra).

S. Lebovici şi P. Diatkine recunosc că noţiunea de „prepsihoză" este greu de delimitat. M. Schüdeberg consideră grupul de afecţiuni *borderline* ca pe o entitate distinctivă, calitativ diferită, situată între nevroze şi psihoze, care combină în proporţii variabile, normalitatea, nevroza, psihoza şi psihopatia. Acest grup de boli se caracterizează prin inadaptarea socială, contacte afective limitate, insensibilitate, intoleranţă la emoţii, inadaptare la realitate, incapacitatea de a simţi plăcerea, tulburări sexuale, dificultăţi de identificare cu celălalt, tendinţă la retragere şi atitudine narcisică.

După O. Kernberg, personalitatea de tip *borderline* se caracterizează printr-un tablou polimorf în care sunt dominante anxietatea, tulburările psihopatice, reacţiile antisociale, obsesiile, fobiile etc.

Noţiunea de *borderline* nu este atât o noţiune nosologică, cât mai ales desemnează aspecte psihodinamice de frontieră în psihopatologie.

Dezvoltarea acestui concept-cadru clinico-psihiatric are trei origini distincte, şi anume:

a) orientarea psihiatrică: noţiunea de *borderline* corespunde nevoii de a delimita o „categorie liniară" între psihozele schizofrenice, dezechilibrul mintal şi nevroze.

În sensul acesta, E. Bleuler a vorbit despre „schizofrenii latente", H. Claude – despre „schizoze", H. Ey – de „schizo-nevroze", Zilborg – de „schizofrenii ambulatorii", Hoch şi Palatin – despre „schizofrenii pseudonevrotice", iar alţi autori – despre „prepsihoze", „preschizofrenii", „bufeuri delirante" sau „accese de depersonalizare";

b) psihanaliza consideră diversele stări de aparenţă nevrotică sau caracterială ca mascând „psihoze latente" prin simptomatologia lor;

c) stările-limită formează o categorie psihopatologică specială care nu aparţine nici nevrozelor, nici psihozelor. Este vorba de o amenajare particulară a sistemului personalităţii umane care se defineşte prin mecanismele de apărare proprii, amintind de cele ale psihozei (Bergeret).

Din punct de vedere psihopatologic, acest grup de tulburări se manifestă printr-un polimorfism clinic reprezentat prin următoarele (Keniberg şi Marcelli): angoasă, simptome nevrotice, sindrom depresiv, instabilitate si impulsivitate.

D. Widlöcher consideră patru trăsături psihopatologice fundamentale pentru „stările-limită", şi anume:

- o activitate fantasmatică lipsită de apărarea nevrotică obişnuită;
- o angoasă de anihilare (distrugerea coerenţei sinelui);
- organizare haotică a dezvoltării libidinale;
- tendinţe agresive deosebit de intense.

Din punct de vedere clinico-psihiatric, D. Marcelli distinge următoarele tipuri de tulburări în cadrul „stărilor-limită": angoasa, simptome de apartenenţă nevrotică, depresia, actele şi conduitele antisociale, dependenţa de droguri şi alcool considerate drept conduite de refugiu, episoade psihotice acute, conduite sexuale deviante.

23. Psihozele exogene I
(Psihozele organice)

Aspecte psihopatologice generale

Psihozele exogene reprezintă o grupă de tulburări psihopatologice cu un profil clinic bine conturat, în care sunt reunite afecţiuni psihice de intensitate psihotică, de o gravitate severă, cu o etiologie externă, afectând structurile cerebrale sau apărute secundar unor afecţiuni somatice grave. Prin aceste caracteristici, ele se diferenţiază de grupa *psihozelor endogene*, care au ca etiologie o „dispoziţie patologică" de tip genetic-constituţional, fiind aparent lipsite de o etiologie externă şi de o afectare lezională specifică cerebrală. Din punct de vedere etiologic, psihozele exogene recunosc următoarele grupe de factori cauzali, care le diferenţiază clinic :

a) *psihozele organice cerebrale* – afecţiuni psihice secundare unor leziuni ale creierului, în care distingem următoarele posibilităţi etiologice : traumatisme craniocerebrale, afecţiuni vasculare (hemoragii, arterioscleroză, ramolismente cerebrale, tromboze etc.), boli infecţioase ale sistemului nervos central (meningite, encefalite, meningoencefalite), tumori cerebrale, malformaţii ale creierului, boli neurologice asociate cu tulburări psihice (coree cronică Huntington, maladia Parkinson, scleroză în plăci etc.) ;
b) *psihoze toxice*, grupând afecţiuni psihice grave, consecutive unor intoxicaţii cronice, ale sistemului nervos (alcool, droguri psihotrope etc.) ;
c) *psihoze metabolice şi carenţiale* care pot apărea ca o consecinţă a unor tulburări somatice (insuficienţa hepatică cronică, insuficienţa renală cronică, encefalopatia porto-cavă, diabet, pelagră, boli somatice cronice consumptive, stările terminale ale unor afecţiuni somatice etc.), în cursul cărora tulburările psihice de intensitate psihotică sunt o consecinţă a tulburărilor somatice primare ;
d) *psihozele endocrine* – psihozele exogene care grupează o categorie aparte de tablouri clinico-psihiatrice, recunoscute de numeroşi autori, dar grupate sistematic şi descrise sub forma „sindromului psihoendocrin" de M. Bleuler. Ele cuprind tulburările psihice consecutive unor afecţiuni primare ale glandelor endocrine (hiper- sau hipotiroidismul, insuficienţa suprarenală, insuficienţa hipofizară, disfuncţiile endocrino-gonadice etc.). Tot legat de această categorie de tulburări, în care predomină dereglarea endocrină cu consecinţele sale particulare, sunt induse şi tulburările psihice legate de perioada de maternitate, descrise de P. Sivadon (psihozele de gestaţie, psihozele de lactaţie etc.).

Tulburările psihice din cursul psihozelor exogene sunt inteligibil corelate cu tulburările neurologice sau somatice primare, ele apărând ca manifestări clinico-psihiatrice

secundare ale acestora. Ca şi în cazul afecţiunilor psihosomatice, existenţa grupului de psihoze exogene ne obligă din punct de vedere psihopatologic să avem o viziune de factură „unitară" asupra personalităţii, viziune în care raportul somatic/psihic nu mai este separat, ci trebuie înţeles ca un echilibru structurat şi dinamic al organizării persoanei umane, ca o relaţie de interdependenţă. Intersectarea în sfera patologiei a tulburărilor psihice cu cele somatice demonstrează că sectoarele organizării personalităţii funcţionează sinton, atât în stare de normalitate, cât şi în condiţii patologice. Acest aspect demonstrat de existenţa grupului psihozelor exogene se poate remarca şi în cazul psihozelor endogene, care, la rândul lor, sunt însoţite de tulburări somatice.

Vom analiza în cele ce urmează cele mai importante aspecte pe care le ridică, din punct de vedere psihopatologic, psihozele exogene.

Domeniul psihozelor organice

Psihozele organice sau *psihozele simptomatice*, după unii autori, reprezintă o grupă de tulburări psihopatologice cu aspecte extrem de polimorfe simptomatologic, insuficient de bine clarificată. Din acest motiv, nu se poate încă vorbi despre un anumit punct de vedere comun între specialişti în această problemă.

Unii specialişti le consideră „tablouri clinice de tip psihotic care însoţesc evoluţia unor boli somatice, exceptând bolile cerebrale propriu-zise". Pentru alţi autori, psihozele la care ne-am referit (de etiologie somatică) sunt considerate „psihoze simptomatice", pe când „psihozele organice" propriu-zise reprezintă acea grupă de tulburări psihice determinate de leziuni organice cerebrale, aşa cum vom arăta în continuare.

Aceste psihoze sunt etichetate, din punct de vedere etiopatogenetic, ca „psihoze exogene", ele având cauze externe, nelegate de factori de predispoziţie interni ai personalităţii bolnavului. Ele pot fi primitive, de tipul „psihozelor organice cerebrale", sau secundare, de tipul „psihozelor simptomatice secundare unor afecţiuni somatice".

Această grupă de tulburări psihice este cunoscută de foarte multă vreme. Hipocrat vorbea de *phrenitis*, referindu-se la tulburările de orientare psihică. Aretheus făcea deosebire între delirul febril şi euforia produsă de unele stupefiante. Celsius descrie tulburările psihice din cursul bolilor febrile. Galenus face distincţia între delirurile idiopatice şi cele secundare. În epoca modernă, sunt descrise tulburările psihice din cursul pelagrei, Chaslin descrie ca o formă particulară confuzia mintală primară, iar Tanzi şi Lugaro studiază psihozele de origine somatică. K. Bonhoeffer descrie „tipul exogen de reacţie".

Un moment istoric important este legat de descrierea clinică de către Bayle (1822) a paraliziei generale progresive (PGP), boală psihică având substrat organic cerebral demonstrat (meningoencefalita sifilitică), în cadrul căreia leziunilor organice cerebrale specifice şi constante le sunt asociate tulburări psihice caracteristice.

Legat de *psihozele organice*, există tendinţa, justificată, de altfel, de a delimita un domeniu al „psihiatriei organice", în care tulburările psihopatologice sunt determinate de leziunile organice cerebrale, fie în mod direct, fie secundar (W.A. Ushman).

Definiţie şi caracteristici

În ceea ce priveşte domeniul psihozelor exogene, K. Schneider face o delimitare netă, şi anume:

- termenul *exogen* se referă la *psihozele acute*, aşa cum sunt ele cuprinse în sfera „tipului exogen de reacţie" descris de K. Bonhoeffer;
- termenul *organic* se referă în mod direct la *psihozele organice cerebrale.*

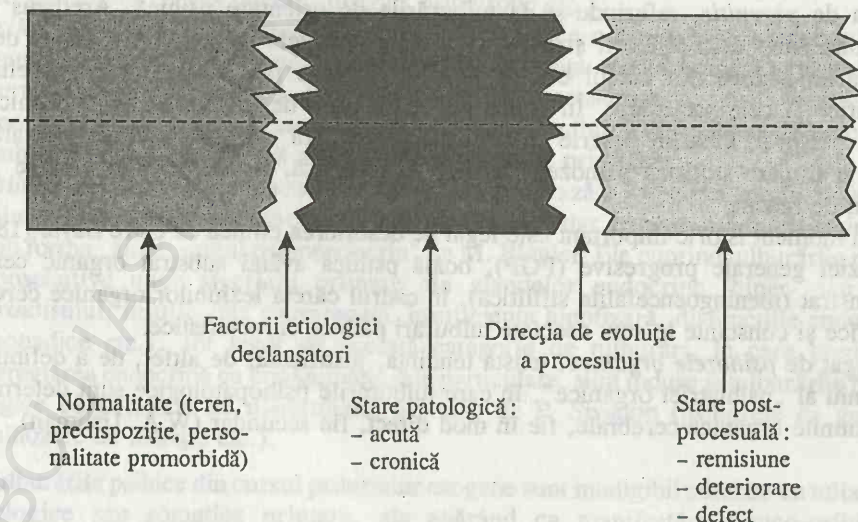
Din punct de vedere psihopatologic, se disting două grupe de manifestări simptomatice, şi anume:

a) simptome obligatorii, care sunt prezente în toate cazurile, reprezentate prin: obnubilarea conştiinţei, dezintegrarea personalităţii, demenţă;
b) simptome facultative, care nu apar decât în anumite circumstanţe şi sunt reprezentative pentru tulburările legate de localizarea leziunilor cerebrale.

În ceea ce priveşte dinamica psihopatologică a proceselor psihotice de cauză organică cerebrală, se pot delimita câteva „modele de evoluţie clinică", aşa cum se poate vedea în schema de mai jos.

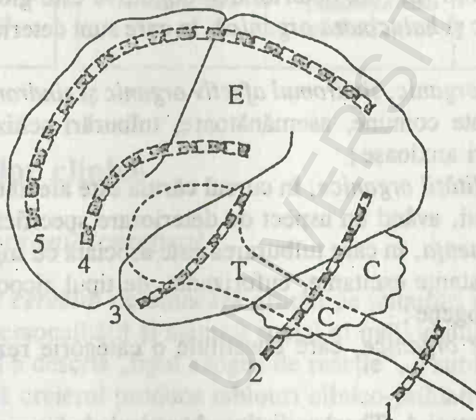
Tulburările psihopatologice cu substrat lezional organic cerebral pot avea cauze multiple şi sunt reunite, în mod curent, în cadrul „sindromului psihoorganic cerebral", entitate clinico-psihiatrică recunoscută şi acceptată de toţi specialiştii. Tulburările clinico-psihiatrice depind de localizarea şi întinderea, gravitatea afectării lezionale a creierului. În sensul acesta, se descriu două posibilităţi anatomoclinice: tulburări cauzate de „leziuni cerebrale în focar circumscris" şi tulburări cauzate de „leziuni cerebrale difuze".

Leziunile cerebrale „în focar" interesează numai anumite zone cerebrale şi pot fi cauzate de următorii factori etiologici: leziuni traumatice ale creierului; leziuni vasculo-cerebrale (hemoragii, ramolismente, anevrisme, angioame, hematoame); tumori cerebrale (primitive sau secundare, de natură metastatică); neuroinfecţii (encefalite virale, meningoencefalite, meningite, neurosifilis); parazitoze cerebrale.



Leziunile cerebrale „difuze" interesează zone întinse ale creierului şi apar, de regulă, în cursul evoluţiei clinice a unor afecţiuni de natură degenerativ-abiotrofică, aşa cum sunt întâlnite în demenţele presenile (Pick şi Alzheimer) sau în demenţele senile şi prezbiofrenie, în alcoolismul cronic, în epilepsie etc.

J.M. Burchardt a sintetizat aceste sindroame psihoorganice cerebrale în următoarele cinci tipuri: secţiunea medulară cu tetraplegie; starea de comă de diferite grade şi intensitate ca gravitate; sindromul apatic (Kretschmer); sindromul Korsakow; sindromul psihoorganic cerebral (epilepsie, PGP, demenţe etc.), aşa cum se poate vedea în schema de mai jos:



În schema de mai sus se poate observa că tipul de tulburări variază în raport cu sediul leziunilor cerebrale, după cum acestea interesează encefalul (E), cerebelul (C) sau trunchiul cerebral (T). Sediile leziunilor legate de acestea sunt următoarele:

- 1: secţiunea medulară înaltă, care produce tetraplegie;
- 2: secţiunea trunchiului cerebral, care produce stările de comă;
- 3: secţiunea înaltă a părţii rostrale a trunchiului cerebral, care produce sindromul apatic;
- 4: leziuni specifice sindromului Korsakow;
- 5: leziuni cerebro-corticale întinse şi difuze, cu evoluţie progresivă şi ireversibilă, specifice sindromului psihoorganic cerebral.

Clasificarea psihozelor organice

În cazul încercărilor de clasificare a psihozelor organice, trebuie făcută distincţia între *sindromul mintal organic* şi *tulburarea mintală organică*. Le vom descrie în continuare.

Sindromul mintal organic se referă la o constelaţie de semne şi simptome clinice sau comportamentale, fără a face o referire specială la etiologia acestora.

Tulburarea mintală organică este cea care desemnează un sindrom organic particular în care etiologia este cunoscută sau cel puţin presupusă.

Elementul esenţial al tuturor acestor tulburări îl reprezintă o anomalie psihologică sau comportamentală, asociată cu o disfuncţie tranzitorie sau permanentă a creierului. Tulburările mintale organice sunt diagnosticate prin recunoaşterea prezenţei unuia dintre sindroamele mintale organice, prin demonstrarea cu ajutorul anamnezei bolnavului, al examenului somatic, neurologic şi psihiatric şi al testelor psihodiagnostice a prezenţei unui factor specific organic ca fiind responsabil din punct de vedere etiologic de starea mintală anormală a bolnavului. Toate aceste aspecte justifică diferenţele în ceea ce priveşte clasificarea psihozelor organice, aşa cum vom arăta mai jos.

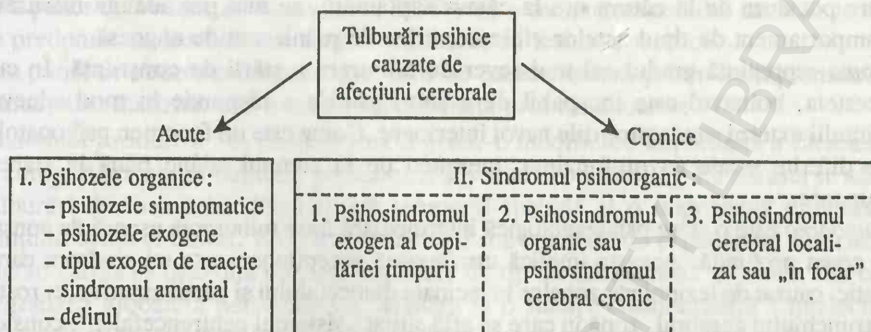
În cadrul sindroamelor mintale organice, DSM-III-R include şase grupe de afecţiuni psihice, şi anume:

a) *deliriumul* şi *demenţa*, în care deteriorarea cognitivă este globală;
b) *sindromul amnestic* şi *halucinoza organică*, în care sunt deteriorate arii de cunoaştere relativ selective;
c) *sindromul delirant organic*, *sindromul afectiv organic* şi *sindromul anxietăţii organice*, care au ca elemente comune, asemănătoare, tulburări schizofreniforme, tulburări afective şi tulburări anxioase;
d) *sindromul personalităţii organice*, în cursul căruia este afectat sistemul personalităţii globale a bolnavului, având un aspect de deteriorare specifică;
e) *intoxicaţia* şi *abstinenţa*, în care tulburarea este asociată cu ingestia sau cu reducerea aportului unor substanţe excitante, euforizante, de tipul alcoolului sau al drogurilor psihotrope halucinogene;
f) *sindroamele metale organice*, care constituie o categorie reziduală a sindroamelor organice cerebrale.

R. Mitrray, P. Murray şi A. Thorley disting, în cadrul sindroamelor organice cerebrale, două grupe principale de tulburări psihopatologice:

1. *Reacţia organică acută* sau *starea confuzională acută*, în care tabloul clinic este dominat de tulburări de conştiinţă, cu reducerea considerabilă a vigilităţii bolnavului până la starea de comă de diferite grade. În general, acest tip de tulburări au un caracter reversibil.
2. *Reacţia organică cronică* sau *demenţa*, în cursul căreia asistăm la o degradare globală şi progresivă a intelectului, memoriei şi personalităţii, fără modificări ale stării de conştiinţă. Tulburările menţionate au un caracter progresiv şi ireversibil. În fazele incipiente se notează prezenţa unor tulburări emoţional-afective (anxietate, stări depresive, iritabilitate, explozii emoţionale), stări de perplexitate sau o atitudine de suspiciune, diferite tulburări de personalitate. Toate acestea sunt legate, în principal, de o atingere lezională a lobilor frontali. În această categorie de tulburări, autorii anterior menţionaţi includ următoarele afecţiuni: procesele degenerative sau demenţele primare (demenţele presenile Pick şi Alzheimer, demenţa senilă şi prezbiofrenia, coreea cronică Huntington şi maladia Creutzfeldt-Jakob); demenţa ASC; tumorile cerebrale; neuroinfecţiile (encefalitele virale şi neurosifilisul); traumatismele cerebrale.

R. Tölle propune o clasificare sintetică a sindromului psihoorganic cerebral, care acoperă majoritatea aspectelor discutate anterior, aşa cum se poate vedea în figura următoare:



Descrierea formelor clinice

I. *Sindromul psihoorganic cerebral*

Sindromul psihoorganic cerebral desemnează grupul de tulburări psihice care afectează procesele de bază ale personalităţii şi statutul social al individului respectiv.

K. Bonhoeffer, când a descris „tipul exogen de reacţie", a subliniat faptul că fiecare agent nociv ce afectează creierul produce tablouri clinico-psihiatrice specifice. În felul acesta, tulburările de conştiinţă pot fi determinate de procese toxice sau tumorale, pe când stările demenţiale pot fi rezultatul unei anoxii, al traumatismelor cerebrale sau bolilor degenerativ-abiotrofice primare.

W.A. Lishman, făcând o sinteză a modificărilor psihopatologice care apar în cursul *sindromului psihoorganic cerebral*, notează prezenţa tulburărilor descrise în continuare:

1. *Reacţia organică acută* şi *reacţia organică cronică* reprezintă termenii cel mai frecvent utilizaţi şi care desemnează atât durata, cât şi prognosticul afecţiunilor respective.
2. *Confuzia* este manifestarea psihopatologică manifestată prin faptul că bolnavul îşi pierde capacitatea obişnuită de a mai gândi cu claritate şi coerenţă. În cazul reacţiei organice acute, funcţia psihică predominant afectată este conştiinţa, iar în cazul reacţiei organice cronice, funcţia psihică predominant afectată este gândirea, ca o consecinţă a gravităţii, întinderii şi duratei îndelungate a leziunilor cerebrale.
3. *Obnubilarea conştiinţei* este forma psihopatologică intermediară între starea de veghe şi comă. Ceea ce se tulbură, în acest caz, sunt procesele de gândire, atenţia, percepţiile şi memoria sau, în mod sintetic spus, procesele cognitive, în special cele legate de reducerea stării de vigilenţă a bolnavului.
4. *Delirul* se referă la diferitele grade de tulburare, incluzând răspunsuri verbale, creşterea activităţii psihomotoare, care capătă un caracter agitat, dezorganizat, haotic, tulburările de afect, apariţia iluziilor şi a halucinaţiilor. Exemplul tipic este oferit de starea de *delirium tremens* din cursul alcoolismului. Spre deosebire de *confuzia simplă*, în care sunt tulburate procesele cognitive, în cursul *delirului* apar tulburările sus-menţionate pe fondul tulburării stării de conştiinţă.

5. *Stările crepusculare* sunt caracterizate de K. Bonhoeffer prin următoarele aspecte psihopatologice principale: halucinaţii, manifestări epileptiforme, amenţie. La acestea, care pot dura de la câteva ore la câteva săptămâni, se mai pot adăuga tulburări de comportament de tipul actelor violente, crize de mânie sau de angoasă.
6. *Coma* reprezintă gradul cel mai sever de tulburare a stării de conştiinţă. În cursul acesteia, bolnavul este incapabil de a simţi sau de a răspunde în mod adecvat la stimulii externi sau la propriile nevoi interioare. Coma este un fenomen psihopatologic de diferite grade ca profunzime, mergând de la somnul adânc până la starea de stupoare.
7. *Stupoarea* este o stare psihopatologică intermediară între tulburarea uşoară de conştiinţă şi coma profundă. Aceasta implică următoarea accepţiune: este un sindrom caracteristic, cauzat de leziuni ale zonelor învecinate diencefalului şi părţii anterioare, rostrale, a trunchiului cerebral, zonă în care se află situat „sistemul centrencefalic", considerat de W. Penfied ca fiind „sediul conştiinţei". O formă particulară a acestei tulburări o reprezintă *mutismul achinetic*, caracterizat printr-o stare de imobilitate fizică, incapacitatea bolnavului de a comunica verbal, cu o păstrare aparentă a stării de conştiinţă vigilă.
8. *Demenţa* este o tulburare psihopatologică prezentând două forme:
   a) un grup de afecţiuni psihice reunit cu o etiologie specifică de tip degenerativ-abiotrofic (demenţele presenile Pick şi Alzheimer şi demenţa senilă);
   b) grupul demenţelor de cauze diferite în comparaţie cu primele (vasculare, toxice, traumatice, infecţioase etc.).

   Acest grup de tulburări este caracterizat printr-un proces degenerativ cu evoluţie clinică progresivă, printr-un prognostic grav şi ireversibilitate. Din punct de vedere psihopatologic, *sindromul demenţial* se caracterizează printr-o afectare globală a intelectului, memoriei şi personalităţii, dar fără tulburări de conştiinţă. Evoluţia clinică este îndelungată, progresivă şi ireversibilă. În cadrul acestui sindrom se notează următoarele tipuri de tulburări psihopatologice: tulburări de memorie, atenţie, gândire, înţelegere, tulburări ale stării de dispoziţie afectivă, de personalitate şi comportament social.
9. *Schimbările de personalitate* sunt deosebit de frecvente în cursul sindromului psihoorganic cerebral. Tulburările constau în schimbări de temperament, schimbarea modului de reacţie a bolnavului şi defecte cognitive. Toate acestea configurează tabloul specific tipului psihopatologic de „personalitate organică cerebrală".
10. *Sindromul amnestic cronic* este caracterizat din punct de vedere psihopatologic printr-o tulburare de memorie, legată de deficitul intelectual global al bolnavului. Acest sindrom este frecvent întâlnit în cursul encefalopatiei Wernicke şi al psihozei Korsakow. Sindromul amnestic cronic se deosebeşte de sindromul demenţial prin faptul că în cazul acestuia predomină în principal tulburările de memorie, pe când în cazul sindromului demenţial se remarcă predominanţa tulburării proceselor cognitive.

II. *Paralizia generală progresivă (PGP)*

Această afecţiune psihiatrică a fost descrisă prima dată de către Bayle (1822), ca reprezentând modelul clasic de boală psihică, în cursul căreia tulburărilor neuropsihice li se asociază un substrat organic lezional specific al creierului, atât ca localizare, cât şi

ca etiologie. Ea este una dintre afecţiunile neurosifilisului, alături de tabesul dorsal şi vascularita luetică.

Din punct de vedere anatomoclinic, PGP este o meningoencefalită cronică cu localizare predominant frontală, de origine sifilitică, cu leziuni specifice.

Din punct de vedere psihopatologic, PGP se caracterizează printr-o simptomatologie constantă, sistematizată într-o triadă reprezentată prin următoarele:

a) *sindromul psihiatric*: se caracterizează printr-o modificare importantă a caracterului şi comportamentului familial, profesional şi social al bolnavului. La aceasta se adaugă tulburări de memorie, dezorientare temporal-spaţială şi o importantă diminuare a simţului critic şi moral. Bolnavul prezintă o stare iniţială de expansiune euforică, pe fondul căreia se dezvoltă un delir expansiv de tip megalomaniac. Ulterior, din cauza degradării globale a personalităţii, asistăm la o slăbire considerabilă a intelectului, apatie, indiferentism şi instalarea unui delir melancolic cu note ipohondriace;
b) *sindromul neurologic*: se manifestă printr-un mare polimorfism de semne clinice care traduc un deficit funcţional, în primul rând motor. În sensul acesta, notăm următoarele: dificultăţi de mers şi echilibru, disartrie, tremurături, tulburări ale reflexelor osteo-tendinoase, inegalitate pupilară (anizocorie) cu păstrarea acomodării la distanţă şi pierderea capacităţii de acomodare la lumină (semnul Argyll-Robertson);
c) *sindromul humoral*: are un caracter de mare specificitate diagnostică prin confirmarea etiologiei sifilitice a bolii. El pune în evidenţă pozitivitatea reacţiei Bordet-Waserman în lichidul cefalorahidian, confirmând prin aceasta natura afecţiunii.

Din punct de vedere clinico-psihiatric, PGP poate lua mai multe aspecte psihopatologice, cum ar fi: forma expansiv-excitantă, de factură hipomaniacală-moriatică, prin afectarea lobilor frontali; forma depresivă, forma apatică sau demenţială; forma epileptoidă cu crize paroxistice de pierdere a cunoştinţei de tip epileptic; forma medico-legală cu tulburări de comportament antisocial, delictual, cu caracter absurd.

III. *Epilepsia*

Epilepsia este un vast ansamblu nosologic care grupează accidente neuropsihice cu caracter paroxistic, de origine centrală, rezultând dintr-o descărcare hipersincronă a unei populaţii neuronale (H. Gastaut).

Epilepsia este fie o afecţiune organică cerebrală primară (epilepsia genuină sau idiopatică, esenţială), fie o manifestare de tip simptomatologic, secundară în cursul evoluţiei clinice a unor alte afecţiuni ale sistemului nervos (tumori cerebrale, traumatisme cranio-cerebrale, accidente vasculare, encefalite, parazitoze, abcese cerebrale etc.).

Din punct de vedere psihopatologic, epilepsia se caracterizează prin crize paroxistice de pierdere a cunoştinţei, în cursul cărora pot apărea tulburări neurologice sau psihice, urmate de o revenire a stării de conştiinţă, dar cu amnezie completă legată de accesul paroxistic.

Caracteristica psihopatologică a epilepsiei o reprezintă accesele paroxistice. Din punct de vedere clinico-psihiatric, crizele de epilepsie sunt de două tipuri:

1. *Criza „grand mal"* sau *ictusul comiţial*, o criză tonico-clinică generalizată. Ea se compune din următoarele faze clinice:

a) *prodromul epileptic*: cuprinde tulburările care precedă cu mult declanşarea accesului convulsiv, ce constau în nelinişte, iritabilitate, tulburări de concentrare a atenţiei etc.;
b) *aura epileptică*: reuneşte tulburările care precedă imediat, cu câteva minute sau secunde, declanşarea atacului convulsiv. Ea se manifestă prin dureri acute de mare intensitate, halucinaţii vizuale sau auditive, dar şi olfactive sau impresii de stranietate, derealizare, stări de angoasă sau de extaz etc.;
c) *atacul convulsiv* propriu-zis: este aspectul vizibil cel mai dramatic al crizei epileptice, producând o puternică impresie emoţională la persoanele care asistă. El constă dintr-o pierdere bruscă şi completă a cunoştinţei, însoţită de căderea bolnavului ca urmare a scăderii tonusului muscular. Corpul cade inert şi rigid. Imediat urmează o fază de contractări ritmice şi sincrone generalizate din cauza descărcărilor neuronale. Prima este faza de rigiditate musculară sau „faza tonică"; cea de-a doua este faza de contracţii musculare sau „faza clinică". În cursul atacului convulsiv, respiraţia este suprimată din cauza contracţiilor musculare. Bolnavul, nemairespirând, se cianozează. Secreţiile bucale apar în comisurile buzelor sub forma unei spute roşii din cauza faptului că bolnavul îşi muşcă limba. Pot apărea şi emisii spontane de urină sau fecale;
d) încetarea atacului convulsiv, când bolnavul îşi reia respiraţia – o respiraţie ritmică, sacadată, stertoroasă. În această fază, bolnavul nu este încă revenit la starea de conştiinţă clară. Este faza de *comă postaccesuală*, de scurtă durată;
e) revenirea din coma postaccesuală, marcată printr-o scurtă fază de *confuzie mintală postaccesuală*, în cursul căreia starea de conştiinţă se clarifică treptat;
f) ultima fază, cea de *revenire la starea de conştiinţă* normală clară. Bolnavul îşi recapătă tonusul muscular, se ridică de jos, dar acuză dureri musculare, o stare de oboseală marcată, dureri difuze în corp şi are o amnezie totală asupra episodului convulsiv.

În general, crizele de *grand mal epileptic* sunt unice. Ele se pot însă repeta la scurte intervale sau se pot succeda neîntrerupt. În acest caz, vorbim despre *crize de epilepsie subintrantă* şi ele au un prognostic foarte grav.

2. *Criza „petit mal"* este o criză de scurtă durată de pierdere a cunoştinţei, fără convulsii. Bolnavul, în timpul unei activităţi oarecare, se schimbă la faţă brusc, devine palid, imobil, priveşte câteva secunde în gol, apoi îşi reia activitatea de unde fusese întreruptă, fără a avea conştiinţa sau amintirea acestui episod paroxistic. Acestea sunt „absenţele epileptice". Tot aici sunt incluse „secusele sau miocloniile epileptice" şi „crizele atonice sau achinetice" de scurtă durată.
3. *Paroxismele epileptice de tip neurologic* sunt manifestări fără pierderea cunoştinţei şi prezintă un mare polimorfism clinic, pentru care sunt reprezentative următoarele forme: crizele tonice sau clonice; crizele convulsive semigeneralizate, interesând numai o jumătate a corpului; crizele motorii sau senzitive parţiale, interesând un segment corporal, sau crizele jacksoniene; crizele adversive; crizele vertiginoase; crizele uncinate determinate de un factor situat în zona uncusului hipocampic al lobului temporal (crizele vizuale, auditive, olfactive, gustative); crizele afazice sau amnestice; crizele vegetative.
4. *Paroxismele epileptice cu manifestări psihiatrice* sunt reprezentate prin apariţia bruscă, având caracter paroxistic, a unor manifestări pur psihiatrice, cum ar fi:

crizele halucinatorii ; crizele de derealizare sau înstrăinare (*déjà-vu*, *jamais-vu*, *déjà-connu*, *jamais-connu*) cauzate tot de un focar epileptic temporal ; destructurarea brutală a stării de conştiinţă cu caracter pasager ; scurte episoade de confuzie mintală ; tulburări pasagere ale cursului gândirii ; accese coleroase sau scurte impulsiuni.

Epilepsia este o afecţiune psihoneurologică deosebit de importantă şi de o mare complexitate. Cunoscută din Antichitate şi descrisă ca formă de manifestare clinică, ea este legată de numeroase credinţe referitoare la „starea de posesiune demoniacă" a bolnavului. Denumită în Antichitate şi *morbus sacer*, se credea că e cauzată de „pătrunderea în corpul bolnavului" a unui spirit malefic cu care acesta „se luptă" pentru a-l izgoni. Se mai credea că epilepsia este şi „un semn trimis" de zei oamenilor, iar denumirea sa denotă acest lucru. În greaca veche, *epi* înseamnă „de sus", „deasupra" ; *lambao* înseamnă „a lovi". De aici *epilepsia*. Se poate remarca asocierea concepţiilor medicale şi psihologice cu credinţele cultural-religioase în această sferă a psihopatologiei.

Dacă PGP a fost una dintre bolile majore ale secolului al XIX-lea, ca şi neurosifilisul, în general, maladie care a făcut multe victime, epilepsia a jucat şi ea un rol interesant în istoria culturii şi a religiei. Aşa cum vom arăta mai departe, accesele epileptice produc stări de derealizare, fie în timpul aurelor epileptice, fie în cazul echivalenţelor psihice ale acceselor paroxistice. Această experienţă sufletească nouă, absolut inedită, a fost una dintre căile prin care s-a „descoperit" existenţa vieţii interioare a omului, fie că este vorba de introspecţia filozofică (Socrate), fie că este vorba de experienţa extazului mistic (Sf. Pavel). Vom prezenta în continuare aspectele psihopatologice ale epilepsiei.

Tulburările psihice şi comportamentale din epilepsie

Epilepsia se însoţeşte, în afara acceselor paroxistice descrise anterior, de tulburări permanente interparoxistice care marchează profund şi specific personalitatea şi comportamentul acestei categorii de bolnavi psihic. Majoritatea autorilor recunosc existenţa unui tip specific de „personalitate epileptică".

Fr. Minkowska, reluând tematica tipologiei psihosomatice a lui E. Kretschmer, descrie tipul epileptoid, caracterizat prin următoarele trăsături psihopatologice :

a) *în plan psihic*, se notează o bipolaritate afectivă, caracterizată prin lentoare psihică, vâscozitate, reacţii explozive ;
b) *în plan somatic*, se notează o constituţie de tip atletic, frunte îngustă, maxilarul pătrat, dezvoltare considerabilă a musculaturii, expresie a unui mare potenţial agresiv.

Studiile efectuate pe bolnavii care au suferit intervenţii neurochirurgicale (leucotomie, lobotomie, topectomie etc.) urmate de cicatrici cerebrale au arătat că acestea pot duce la modificări ale personalităţii individului, cu tablouri clinico-psihopatologice similare celor de tip epileptoid (Bradley).

Lennox insistă asupra importanţei prezenţei „cicatricii cerebrale" în procesul de deteriorare a personalităţii subiectului caracterizat prin următoarele aspecte psihopatologice :

– deteriorarea nivelului de inteligenţă ;
– personalitate de tip epileptoid ;
– instabilitate cu hipersensibilitate ;

– indisciplină şi dificultăţi şcolare sau profesionale ;
– agresivitate ;
– dificultăţi de adaptare cu reacţii antisociale ;
– bradipsihie, vâscozitate şi bipolaritate afectivă.

Evoluţia în timp a bolii duce la fixarea şi agravarea acestor transformări de factură psihopatologică descrise mai sus, modificând profund atât personalitatea, cât şi comportamentul bolnavilor.

În cazul copiilor epileptici, apar unele modificări psihopatologice specifice de care suntem obligaţi să ţinem seama, întrucât ele impun măsuri speciale de educaţie şi îngrijire a acestora.

După Bradley, modificările psihopatologice comportamentale şi de intelect ale copiilor epileptici sunt de două feluri :

1. *Tulburări psihice primare*, constând din următoarele :
   – labilitate mare a dispoziţiei cu variaţii extreme ;
   – iritabilitate exagerată ;
   – hipermotilitate de tip hiperchinetic ;
   – reacţii oscilând între încetineală şi explozivitate ;
   – tulburări intelectuale (bradipsihie, perseverare şi vâscozitate mintală, dificultăţi în concentrarea atenţiei şi distractibilitate).
2. *Tulburări psihice secundare*, constând din următoarele aspecte psihopatologice privind în special personalitatea copilului :
   – frica şi groaza de accese ;
   – neliniştea anxioasă cauzată de nesiguranţa în raport cu ambianţa ;
   – egoism accentuat ;
   – gelozie faţă de fraţi ;
   – iritabilitate şi susceptibilitate exagerate ;
   – capricii şi încăpăţânare ;
   – explozii de agresivitate cu reacţii antisociale ;
   – tendinţe la clastromanie, mitomanie, vagabondaj şi fugi.

24. Psihozele exogene II
(Psihozele toxice)

Cadru general

Psihozele toxice ocupă un loc special în grupa tulburărilor psihopatologice. Din punct de vedere nosologic, în grupa psihozelor toxice sunt incluse afecţiunile neuropsihice cauzate de intoxicaţii cronice voluntare ale sistemului nervos central cu substanţe care trezesc *apetenţa* şi dau *obişnuinţă*, creând în felul acesta o stare de *dependenţă* a bolnavului, necesitând un aport continuu şi crescut de substanţă toxică.

Cele mai cunoscute şi frecvent utilizate substanţe cu efect toxic neuropsihic sunt *alcoolul* şi *drogurile*, în această din urmă categorie fiind incluse numeroase substanţe naturale sau de sinteză.

Utilizate de umanitate din cele mai vechi timpuri, ele au constituit o problemă medicală permanentă, consumul lor fiind legat de factori magic-religioşi, dar şi de conduitele de refugiu din faţa unei vieţi precare sau nefericite din punct de vedere material, social sau moral.

Cunoscute în mod curent sub numele de *toxicomanii*, această grupă de manifestări psihopatologice reprezintă apetenţa anormală şi prelungită manifestată de unii indivizi pentru substanţele toxice (droguri), pe care ajung să le cunoască accidental sau pe care le caută în mod intenţionat, voluntar, pentru efectul lor sedativ, euforizant sau dinamic. Această apetenţă devine, într-un scurt interval de timp, obişnuinţă tiranică de care bolnavul nu se mai poate desprinde, ducându-l la nevoia imperioasă a unui aport crescut şi permanent al drogului respectiv, de a cărui administrare devine dependent.

Consecinţele utilizării alcoolului sau a drogurilor sunt extrem de nocive şi variate pentru individ. Dependenţa de toxic produce grave degradări ale personalităţii în plan psihic, complicate cu tulburări neurologice şi somatice dintre cele mai diferite. La acestea se adaugă şi importante modificări de comportament, dar şi ale relaţiilor sociale. Individul se izolează de societate, adoptă un comportament de dependenţă sau de tip sociopatic antisocial, cu consecinţele care decurg de aici.

Problema recuperării medico-psihosociale este deosebit de dificilă, iar rezultatele sunt discutabile. În plus, problema prevenirii acestor manifestări şi a tulburărilor care le însoţesc este la fel de complicată, întrucât aspectele medico-psihologice se întretaie cu cele socioeconomice. Lupta antidrog este o problemă deosebit de dificilă, antrenând forţe sociale multiple. Ea constituie în primul rând o problemă medico-socială şi de igienă mintală colectivă.

Din punct de vedere psihopatologic, în grupa psihozelor toxice sunt incluse două mari categorii de manifestări, legate de natura toxicului utilizat: *alcoolismul* şi *toxicomaniile*, înţelegând prin acestea din urmă utilizarea de droguri de origine naturală (alcaloizi) sau de sinteză (substanţe psihotrope). Le vom prezenta în continuare.

Alcoolismul

Alcoolismul este o formă de toxicomanie majoră foarte răspândită, constând în utilizarea regulată şi progresivă cantitativ a băuturilor alcoolice, cu consecinţe negative multiple pentru individul care le consumă. Un anumit consum de alcool este „tolerat", după cum, în mod egal, depăşirea prin „exces" a acestei „doze permise" este considerată o formă de manifestare negativă în raport cu normele modelului sociocultural.

Alcoolismul sau ingestia de băuturi alcoolice, episodică sau durabilă, implică numeroase consecinţe pentru organism, de ordin biologic, psihologic, neurologic, comportamental, social etc. Toate aceste manifestări sunt reunite în grupa „alcoolismului" sau a „bolii alcoolice".

Definiţia alcoolismului urmăreşte să reunească totalitatea factorilor implicaţi în acest tip de comportament: factorii *somatobiologici* şi *factorii psihici*. Elementul esenţial este dat, în acest caz, de *dependenţa* individului de utilizarea băuturilor alcoolice, urmată de consecinţele acesteia.

După Fouquet, „se vorbeşte de alcoolism atunci când un individ şi-a pierdut libertatea de a se mai putea abţine de la consumul de alcool". În sensul acesta, se descriu două mari categorii de indivizi: „băutorii ocazionali" şi „băutorii obişnuiţi".

Aspectele psihopatologice considerate ca specifice alcoolismului sunt următoarele:

- dependenţa patologică a individului de alcool;
- nevoia unui consum permanent şi crescut de băuturi alcoolice;
- alcoolopatia, considerată ca fiind ansamblul de atitudini şi comportamente patologice secundare consumului de alcool.

După Jellinek, „este alcoolic orice individ la care consumul de băuturi alcoolice este dăunător lui însuşi, societăţii sau amândurora". Pe aceste considerente, alcoolismul oscilează între două categorii de atitudini anormale:

a) punctul de vedere *medical* sau mai exact *medico-psihologic*, în conformitate cu care alcoolismul este considerat o boală, iar persoana alcoolicului, un bolnav care necesită tratament medico-psihiatric;
b) punctul de vedere *social* sau *normativ-juridic*, în conformitate cu care evaluarea acestei obişnuinţe şi a acestui comportament are o semnificaţie social-morală centrată pe noţiunea de „păcat", „viciu" sau „devianţă", cu directe consecinţe asupra judecăţii morale, a responsabilităţii sociale şi juridice a individului şi, implicit, a sancţionării faptelor acestuia legate de schimbările comportamentale sub influenţa consumului de alcool.

Predispoziţia către alcool a dus la descrierea în psihopatologie a unei „personalităţi a băutorului", cunoscută şi sub numele de „alcoolomanie". Alcoolomania este apetenţa morbidă pentru alcool şi se consideră că are la bază o anumită „predispoziţie", un „alcoolism latent" care poate fi întâlnit la ascendenţii bolnavului, în „istoricul familial", sau antecedente patologice familiale ale acestuia.

Din punct de vedere psihopatologic, *personalitatea alcoolicului* se caracterizează prin următoarele aspecte:

- slăbirea forţei morale;
- tulburări de caracter;
- o anumită stare de dezechilibru psihic;
- dificultăţi de adaptare-integrare socială;
- tulburări legate de sfera sexualităţii;
- un tip de constituţie de natură psihastenică;
- intelect de limită;
- labilitate emoţională cu imaturitate afectivă;
- stări complexuale, în special complexe de inferioritate;
- situaţii de dependenţă.

Am putea considera aspectele enumerate mai sus ca fiind proprii naturii individului sau având un caracter „endogen". La acestea se mai adaugă o serie de factori externi, „exogeni", care contribuie la apetenţa persoanei cu „predispoziţie" pentru alcool. În acest al doilea caz, „apetenţa pentru alcool" trebuie înţeleasă ca o „conduită de refugiu" sau ca o „situaţie de compensare" a unor eşecuri personale. În sensul acesta, menţionăm următoarele aspecte:

- eşecuri în viaţa socială sau familială;
- situaţii de abandon, separări sau divorţ;
- conflicte de ordin afectiv, sentimental;
- nevroza de eşec;
- nevroza de situaţie;
- imitaţia unor modele negative din anturajul imediat al individului;
- stările de oboseală prelungită, epuizarea şi impresia legată de refacerea forţelor prin consumul de alcool;
- mizeria socială, sărăcia, promiscuitatea etc.

Dincolo de aspectele menţionate mai sus, pentru a putea încheia imaginea „personalităţii alcoolicului", este necesar să menţionăm categoriile de indivizi expuşi la consumul de alcool. Aceştia se prefigurează ca o categorie net individualizată în raport cu restul populaţiei, fiind reprezentaţi prin următorii: debilii mintali, persoanele psihopate, encefalopaţii, traumatizaţii cranian, indivizii cu complexe, în special cei cu complexe de inferioritate, persoanele handicapate sau stigmatizate fizic, persoanele singure, izolate. La aceştia, aşa cum am spus, consumul de alcool are, din punct de vedere psihanalitic, semnificaţia unei compensări a propriilor „defecte" sau „izolări" sufleteşti.

În ceea ce priveşte aspectele clinico-psihiatrice, Fouquet împarte alcoolismul în următoarele manifestări:

a) *alcoolismul primar*, reprezentat de băutorii obişnuiţi sau consideraţi „antrenaţi". Această categorie de persoane manifestă o toleranţă crescută şi o absorbţie excesivă şi regulată de băuturi alcoolice, considerând concomitent comportamentul lor ca pe ceva absolut normal. Este vorba, de fapt, de un „alcoolism acceptat" de normele culturale ale unor regiuni care produc băuturi alcoolice (zone viticole etc.);
b) *alcoolismul secundar* sau *alcoolozele* – manifestări secundare care apar la personalităţi cu tulburări psihice primare. La aceştia, utilizarea alcoolului are efecte anxiolitice, euforizante, dezinhibante. Ei sunt, de fapt, personalităţi nevrotice sau complexate;

c) *somalcoolozele* sau *dipsomania* – alcoolismul periodic sau *alcoolepsia*. În aceste cazuri, ne aflăm în fața unor situații psihopatologice speciale. Alcoolismul periodic constă în consumul excesiv de alcool la intervale variate de timp, în perioade scurte sau de durată variabilă, urmate de lungi intervale de timp în care individul nu mai manifestă nici un fel de interes sau apetență pentru alcool. În acest caz, *dipsomania* maschează fie o afecțiune periodică din seria afectivă (PMD), fie este expresia unei predispoziții larvate de factură epileptoidă. În orice caz, este pusă din nou în discuție o anumită „predispoziție" specială, de factură psihopatologică, a individului respectiv, de ordin endogen.

G. Deshaies descrie două tipuri de alcoolism:

a) *alcoolismul primar*, de „obișnuință" sau „socioprofesional";
b) *alcoolismul secundar* sau *simptomatic*, care apare la persoanele cu tulburări psihopatologice preexistente, considerat, din acest motiv, și „alcoolism nevrotic".

Jellinek propune o clasificare a alcoolismului în cinci grupe, după cum urmează:

a) *alcoolismul alpha*, reprezentând consumul regulat de alcool fără pierderea autocontrolului;
b) *alcoolismul beta*, forma în care apar tulburări digestive și nervoase, fără a fi însă urmate de o dependență fizică sau psihică;
c) *alcoolismul gamma*, forma în care apare o pierdere a autocontrolului asociată cu dependența fizică și psihică;
d) *alcoolismul delta*, forma în care capacitatea de a se abține de la a bea dispare și se accentuează dependența fizică și psihică de aportul regulat de alcool;
e) *alcoolismul epsilon*, alcoolismul periodic masiv, imposibil de a fi stăpânit și controlat, de tipul dipsomaniei.

Din cele de mai sus se poate desprinde faptul că *alcoolismul* nu constituie un grup nosologic omogen. De regulă, în această categorie de tulburări sunt incluse numeroase aspecte care, de fapt, din punct de vedere psihopatologic, sunt foarte diferite între ele, fiind legate formal prin consumul de alcool. De multe ori, ceea ce etichetăm din punct de vedere diagnostic, în psihiatrie, prin *alcoolism* este, sub aspect psihopatologic, expresia clinică a unor tulburări psihice, nevroze de eșec, complexe de inferioritate, dependență afectivă, abandon-eșec, epilepsie larvată sau boli afective ciclice.

Din punct de vedere psihopatologic, alcoolismul se manifestă printr-o multitudine de tulburări, pe care le vom menționa sintetic în continuare:

a) *tulburări psihice*, caracterizate în primul rând prin obișnuință și dependență, acestea fiind reprezentate de următoarele:
   - *tulburări psihice acute*: beția acută simplă, beția patologică, psihozele acute sau subacute (*delirium tremens*);
   - *formele psihotice prelungite*: delirul sistematizat, psihoza halucinatorie, halucinoza cronică, tulburările depresiv-melancoliforme;
   - *formele demențiale*, caracterizate printr-o degradare progresivă și globală a personalității (funcțiile cognitive în principal);
   - *encefalopatiile alcoolice*, cauzate de atingeri lezionale grave ale encefalului, cu caracter ireversibil: encefalopatia Gayet-Wernicke, sindromul Korsakow, sindromul Marchiafava-Bignami;
b) *tulburări neurologice*, caracterizate prin deficite motorii, tulburări de sensibilitate, accidente vasculo-cerebrale, polinevrite etc.;

c) *tulburări metabolice* diferite, dintre care cele mai frecvente sunt reprezentate prin carențe vitaminice, în special din seria vitaminelor B ;
d) *tulburări dermatologice* cunoscute sub numele de „pseudopelagra alcoolică", caracterizate prin dermite carențiale cronice, telangiectazii cutanate etc. ;
e) *tulburări digestive*, manifestate prin inapetență, scăderea sensibilității gustative, gastrită cronică, ciroză hepatică etc.

Delirium tremens

În evoluția tabloului clinic al alcoolismului, *delirium tremens* reprezintă un complex psihopatologic specific. Acesta trebuie considerat ca reprezentând un „episod de intoxicație acută" la un bolnav cu „alcoolism cronic". Pentru Marchand și Courtois, *delirium tremens* trebuie înțeles ca o formă particulară de „encefalită psihotică acută".

Din punct de vedere psihopatologic, *delirium tremens* se caracterizează prin următoarele tulburări :

a) criza este precedată de o stare prodromală cu tulburări de somn, coșmaruri sau insomnie totală ;
b) ulterior, apar o cefalee constantă, cenestopatii difuze cu caracter penibil, tulburări gastrointestinale și tremurături generalizate ;
c) se instalează o stare de neliniște agitată, angoasă, transpirații, tahicardie, tulburări neurovegetative, evoluând către o puternică stare de agitație ;
d) bolnavul prezintă iluzii și halucinații vizuale terifiante, de regulă zoopsii, care-l amenință și-l atacă ;
e) apar o stare confuzională cu dezorientare auto- și alopsihică, stare de anxietate terifiantă, activitate onirică, agitație motorie extremă, crize convulsive și febră. Evoluția clinică netratată este gravă și poate duce la moartea bolnavului.

Demența alcoolică

Este o gravă tulburare psihică ce se instalează în timp la alcoolicii cronic și, totodată, o stare de slăbire intelectuală progresivă de tip demențial, ca urmare a unei deteriorări grave a personalității, la care se adaugă leziuni cerebrale difuze cu caracter ireversibil.

Din punct de vedere psihopatologic, tulburările întâlnite în cursul demenței alcoolice sunt următoarele : tulburări de mers, tremurături generalizate, disartrie, obtuzie intelectuală, slăbirea simțului moral, deficit mnezic marcat, tulburări de atenție, bufeuri delirante nesistematizate. Evoluția clinică este progresivă.

Toxicomaniile

Toxicomania sau *dependența de droguri* este o stare psihică și somatică rezultând din interacțiunea dintre individ și un produs psihoactiv (psihotrop) specific, având ca urmare tulburări de comportament și alte reacții care presupun o dorință invincibilă, permanentă, continuă sau periodică de a consuma drogul pentru a obține anumite efecte psihice. Această stare duce la obișnuință și dependență de aport al drogului, care, în cazul când este suprimat, declanșează tulburări severe de diferite forme, grade și intensități din partea acestor indivizi.

Dependenţa poate fi legată de consumul unui singur drog sau de utilizarea mai multor droguri (politoxicomanie) şi este consecinţa unei utilizări abuzive şi îndelungate. Caracteristicile dependenţei variază în funcţie de natura drogului utilizat (morfină, cocaină, canabis, amfetamine, barbiturice, substanţe halucinogene de sinteză etc.).

Termenul „drog" are mai multe semnificaţii. Pentru H. Solnes, drogul este o substanţă psihotropă de origine naturală sau sintetică, având sau nu o utilizare terapeutică şi care este folosit în doze neterapeutice şi în scopuri nemedicale. În transformarea utilizării drogurilor în sfera toxicomaniilor au rol următorii factori:

- tipul de acţiune psihotropă a drogului şi scopul urmărit prin administrarea acestuia;
- modul de interacţiune drog-subiect şi drog-societate;
- efectul drogului asupra individului, dar şi al mediului social şi anturajului acestuia ca factori cauzali;
- apariţia unei stări de dependenţă de aportul de drog la individul respectiv;
- obţinerea unei stări de beatitudine, de reverie, de plenitudine şi de satisfacţie interioară a individului care consumă droguri („paradisurile artificiale" ale lui Ch. Baudelaire, H. Michaux, J. Cocteau etc.);
- conduite de refugiu ca „soluţii" la situaţiile de impas ale vieţii, cărora individul respectiv nu le poate face faţă.

Din cele expuse mai sus se desprind câteva caracteristici psihopatologice legate de toxicomanii:

a) conceptul clinic de toxicomanie exprimă nevoia permanentă de consum continuu sau periodic al unui drog, natural sau sintetic, cu tendinţa de a creşte doza iniţial administrată;
b) conceptul de dependenţă desemnează faptul că, în decursul timpului, persoana care consumă droguri devine dependentă fizic şi psihic de aportul acestora;
c) conceptul de obişnuinţă, corelat cu precedentul, exprimă faptul că individul care consumă droguri se obişnuieşte cu aportul acestora din punct de vedere fizic şi psihic şi nu mai poate renunţa la utilizarea lor, devenind dependent de ele;
d) sindromul de abstinenţă cuprinde totalitatea manifestărilor psihopatologice şi fiziologice care apar în cazul întreruperii bruşte a consumului sau aportului de droguri la persoanele devenite dependente de acestea;
e) utilizarea îndelungată a drogurilor duce la degradarea fizică, psihică, morală şi socială a individului respectiv.

În ceea ce priveşte caracteristicile şi natura drogurilor utilizate de toxicomani, J. de Ajuriaguerra propune următoarea clasificare:

a) *droguri magice*, capabile de a induce forme particulare de beţie, stări onirice şi de extaz, veritabile noi experienţe sufleteşti şi somatice, iluzii sau halucinaţii, stări de derealizare şi depersonalizare, călătorii imaginare în timp şi spaţiu etc.;
b) *droguri psihostimulante*, care antrenează o diminuare a stării de oboseală, o senzaţie de creştere a energiei personale şi a activităţii, o stare de excitaţie euforică;
c) *droguri ce reduc starea de tensiune psihică*, de suferinţă, de durere, înlocuindu-le cu o stare de beatitudine, euforică în diferite grade, de uitare şi somn.

Din cele de mai sus se poate desprinde marele polimorfism psihopatologic pe care-l produce aportul de droguri. Acesta are cauze multiple şi configurează un anumit profil de personalitate a toxicomanului.

B. Ball afirma că „intrarea în toxicomanie se face prin poarta durerii, a voluptăţii şi a grijilor". Prin aceasta se subliniază factorul emoţional-afectiv, aspectul moral şi sociocultural al utilizării drogurilor de către umanitatea suferindă. Psihanalitic pusă problema, toxicomaniile sunt forme sublimate ale unor pulsiuni refulate, o formă particulară de realizare a „principiului plăcerii" caracteristică Eurilor imature, slabe, narcisice şi masochiste.

În configurarea *personalităţii toxicomanului* au rol următorii factori etiopatogenetici şi de personalitate:

- *curiozitatea*, atitudine obişnuită la adolescenţii în căutarea de senzaţii noi;
- *atracţia exercitată de o plăcere interzisă* sau de o practică prohibită de adulţi adolescenţilor;
- *fascinaţia* legată de percepţia unui pericol potenţial şi care conferă experienţei toxicomanice o valoare iniţiatică, înlocuind în felul acesta ritualurile de trecere de la copilărie la vârsta adultă;
- *conotaţia antisocială* a abuzurilor de substanţe toxice, de droguri, fapt care dă semnificaţia unui refuz al valorilor tradiţionale, integrându-se astfel într-o mişcare de contestare caracteristică crizei de adolescenţă;
- *evaziunea* dintr-o lume percepută ca ostilă sau fuga de o realitate considerată restrictivă;
- căutarea naivă a unei *forme noi de comunicare* cu alţi indivizi care împărtăşesc aceleaşi speranţe şi aceleaşi poziţii ideologice contestatare;
- *caracterul de provocare* al conduitei toxicomanice, aceasta putând constitui o tentativă disperată de a relua comunicarea ruptă cu nişte părinţi indiferenţi sau inaccesibili din cauza principiilor morale rigide ale acestora;
- iluzia temporară a unei *creşteri a performanţelor intelectuale* sau a *capacităţii de creaţie artistică* a individului;
- nevoia de *afirmare narcisică* prin satisfacerea produsă de efectul drogului;
- *compensarea dificultăţilor unor subiecţi* de a tolera frustrările şi, legat de acestea, maturizarea lor afectivă şi sexuală deficitară.

După expunerea factorilor de mai sus, putem trece acum la descrierea personalităţii toxicomanului.

Fenomenul toxicomaniei priveşte atât persoana individuală, cât şi societatea căreia îi aparţine. Toxicomania se dezvoltă în contextul unei societăţi în criză care pune probleme noi, dificile, diferite şi fluctuante de adaptare a individului şi în special a adolescenţilor care îşi fac intrarea în viaţă. Utilizarea drogurilor de către adolescenţi este, în primul rând, legată de dorinţele şi modelele lor de gândire diferite în raport cu normele şi idealurile morale ale adulţilor. Pentru adolescenţi, drogurile reprezintă un mijloc de mediere sau de transfer, efortul de a se uni cu ceilalţi sau, dimpotrivă, dorinţa de a se separa de ceilalţi sau chiar de identificare cu modelul generaţiei lor.

Pentru tineri, drogul devine un obiect de cult şi un ritual psihosocial. El creează o nouă ambianţă, o nouă lume, cu regulile sale, un tip de organizare ce presupune următoarele aspecte:

- căutarea drogului, alegerea preferenţială a acestuia;
- pregătirea în vederea administrării sau utilizării sale;
- erotizarea injectării drogului („toxicomania seringii");
- dependenţa de drog ca urmare a „nevoii" şi a „obişnuinţei" în raport cu acesta („ritualizare biologică").

Dacă prin consumul de droguri poate domina angoasa şi problemele create de aceasta, toxicomanul va deveni sclavul „ritualurilor”, al nevoii, al traficanţilor. El se va izola într-o lume artificială în care, în mod iluzoriu, îşi va găsi o relativă linişte şi libertate sau, mai exact, o „eliberare” prin consumul de droguri.

Aşa cum spuneam mai sus, primele întâlniri cu drogul sunt provocate de curiozitate, imitaţie sau sugestie. Orice început are semnificaţia simbolică a unui act iniţiatic, a unei încercări de a fi precum ceilalţi. Motivaţiile profunde ale toxicomaniei sunt reprezentate de revolta împotriva familiei, transgresiunea interdicţiilor (violarea unor tabuuri impuse de educaţie), nevoia unei satisfacţii imediate, conduite de refugiu sublimate prin aportul de drog, căutarea exotismului artificial, depăşirea spaţiului şi a timpului, a unei realităţi considerate ca insuficientă, represivă sau inacceptabilă. Personalitatea acestor subiecţi are niveluri mintale diferite, iar aceştia provin din medii sociale la fel de diferite. Această personalitate nu se poate defini în raport cu cadrul clinic obişnuit, întrucât nevoia de drog se înscrie într-o largă paletă de motivaţii şi nevoi.

Pot fi întâlniţi adolescenţi introvertiţi, lipsiţi de satisfacţii, uneori cu statut de „copil unic”, provenind din familii izolate social sau din familii cu probleme (părinţi hiperprotectori, adolescenţi prezentând un decalaj între dezvoltarea inteligenţei şi maturizarea afectivă), pentru care toxicul este o soluţie pasivă la problemele lor, o formă de afirmare a personalităţii, o valorizare în cadrul unui grup care le oferă un anumit grad de egalizare prin participarea la o experienţă comună.

Experienţa toxicomanică este trăită ca o formă de iniţiere personală. Se caută în toxicomanie un „mod de a trăi”, diferit de „modul de a supravieţui”. Toţi aceşti indivizi devin un veritabil grup social, o castă extrem de polimorfă.

C. Olivenstein, care s-a ocupat de personalitatea tinerilor toxicomani, notează că aceştia trebuie consideraţi ca fiind mai apropiaţi de „adolescentul psihotic” sau „prepsihotic” decât de „adolescentul suicidar”, întrucât relaţia lor se situează undeva între „nebunie” şi „moarte”. Aceşti indivizi caută, prin utilizarea drogului, să confere existenţei lor o „putere absolută” şi, prin desfiinţarea barierelor dintre real şi imaginar, să acceadă la imortalitate.

Studiind, la rândul său, personalitatea toxicomanilor, P. Vengos distinge următoarele trăsături caracteristice pentru această categorie de indivizi:
- dependenţa afectivă;
- angoasa de separaţie;
- izolarea şi anxietatea resimţite în relaţiile cu ceilalţi;
- intoleranţa la frustrări;
- depresia;
- nevoia inepuizabilă de iubire, aprobare şi valorizare;
- satisfacţia imediată a dorinţelor;
- lipsa de încredere în sine şi pasivitatea;
- încăpăţânare şi iritabilitate;
- lipsa ambiţiilor, a combativităţii şi a competitivităţii;
- absenţa atitudinilor provocatoare şi agresive;
- timiditate şi hipersensibilitate.

Un ultim aspect care se discută este legat de structura familiei de origine a toxicomanilor. Se notează în acest caz carenţe emoţional-afective, frustrări, relaţii materne represive şi un tată absent ca rol.

25. Psihozele exogene III (Psihozele endocrine. Psihozele metabolice şi carenţiale)

Aspecte generale

Spre deosebire de psihozele organice cerebrale şi de psihozele toxice, *psihozele endocrine* şi *grupa psihozelor metabolice şi carenţiale* sunt tulburări psihotice secundare care apar în cursul evoluţiei clinice a unor afecţiuni somatice primare de factură endocrină sau metabolică etc. Aceste grupe de tulburări psihice traduc, aşa cum spuneam mai înainte, o corelaţie strânsă între *somatic* şi *psihic*.

Spre deosebire însă de patologia psihosomatică, psihozele exogene de tipul celor la care facem referire sunt manifestări psihopatologice fie secundare unor afecţiuni somatice primitive, fie care însoţesc evoluţia clinică a acestor boli somatice, făcând parte din tabloul lor clinic.

Vom prezenta în continuare cele mai importante aspecte psihopatologice ale psihozelor endocrine şi ale tulburărilor psihice legate de maternitate, iar în continuare, aspectele psihopatologice ale psihozelor metabolice şi carenţiale.

Psihozele endocrine şi puerperale

Numeroşi autori au semnalat existenţa unor corelaţii psihoendocrinologice atât în stare de normalitate, cât şi în stare patologică. Cele mai importante studii în acest sens îi aparţin lui M. Bleuler, care a izolat şi a descris *sindromul psihoendocrin*, entitate clinică ce reuneşte un tablou psihopatologic caracterizat printr-o grupare, considerată de el specifică, de tulburări psihice legate fie de disfuncţii ale glandelor endocrine, fie de boli specifice ale acestora. Rolul glandelor este unanim recunoscut în formarea şi evoluţia personalităţii de către majoritatea specialiştilor şi el nu mai reprezintă o temă de controverse. Menţionăm, spre exemplu, în această privinţă rolul glandelor tiroidă şi hipofiză. Este cunoscută acţiunea tiroidei în ceea ce priveşte creşterea, dezvoltarea şi maturizarea persoanei : cazurile de cretinism cu nedezvoltare staturală şi deficienţă mintală severă. În mod egal, la adult, hipertiroidia basedowiană produce crize de tip maniacal, după cum insuficienţa tiroidiană din cursul mixoedemului duce la instalarea unor tulburări de tip depresiv-melancoliform.

Hipofiza este responsabilă fie de nanismul hipofizar, fie de gigantism, fiind în egală măsură incriminată în cazurile de anorexie mintală sau în cele de caşexie Sismonds.

Insuficienţa gonadică duce la manifestări psihopatologice specifice, caracterizate prin depresii, insomnii, lentoare în ideaţie, bradipsihie. Seria de exemple poate continua şi în alte cazuri de tulburări clinice legate de afecţiunile endocrine.

M. Bleuler reuneşte tulburările de factură psihotică ce apar în cursul bolilor endocrine sub denumirea de „sindrom psihoendocrin". Autorul subliniază faptul că această entitate psihopatologică trebuie net diferenţiată de „sindroamele umorale grave", care sunt reacţii psihotice, şi de sindromul psihoorganic cerebral, cauzat de leziuni grave şi extinse ale creierului. În cazul sindromului psihoendocrin, trebuie să vedem existenţa unor corelaţii complexe care se stabilesc între funcţiile glandelor endocrine şi dezvoltarea personalităţii, precum şi influenţa tulburărilor acestora, care pot afecta dezvoltarea personalităţii sau dinamica acesteia în cazul în care dezvoltarea este încheiată. Mai mult chiar, M. Bleuler insistă asupra faptului că raportul psihoendocrin are un dublu sens: tulburările endocrine acţionează asupra reacţiilor personalităţii, la fel cum, la rândul ei, personalitatea acţionează asupra glandelor endocrine.

Este important de subliniat şi faptul că glandele endocrine joacă un rol important în configurarea tipului psihosomatic (biotipul şi psihotipul) al individului respectiv. Cele mai importante glande care marchează tipologic, somatic şi caracterial-temperamental persoana umană sunt hipofiza, tiroida, suprarenala şi gonadele. Aceste aspecte se vor vedea mai târziu, în „dispoziţiile patologice" ca potenţialităţi de dezvoltare şi apariţie a unor tulburări psihice ale indivizilor respectivi.

Acceptând rolul important pe care sistemul endocrin îl are în relaţiile sale cu viaţa psihică, cu personalitatea individului, să revenim la sindromul psihoendocrin. Ceea ce caracterizează din punct de vedere psihopatologic această entitate clinică sunt următoarele aspecte puse în evidenţă de M. Bleuler, în toate cazurile, indiferent de afecţiunea endocrină primară la care facem referire:

a) tulburări instinctuale izolate;
b) tulburări de dispoziţie;
c) tulburări din sfera instinctivo-afectivă.

Toate acestea pot avea un caracter fie tranzitoriu, fie durabil, în funcţie de intensitatea tulburărilor endocrine şi de durata de evoluţie clinică a proceselor patologice respective.

La aspectele psihopatologice menţionate mai sus, M. Bleuler adaugă faptul că, în mod egal, pot fi observate tulburări ale funcţiilor glandelor endocrine în cursul evoluţiei unor boli psihice (psihozele afective, schizofrenie, tulburări nevrotice etc.).

Dar dincolo de polimorfismul tablourilor clinice ale afecţiunilor endocrine trebuie să acceptăm existenţa unor tulburări specifice, cu caracter general, aşa cum sunt ele cuprinse în sindromul psihoendocrin descris de M. Bleuler.

Tot în această clasă de tulburări psihopatologice trebuie să includem şi *psihozele puerperale*. Deşi sunt legate de o situaţie somatoendocrină particulară, perioada de gestaţie, de naştere şi de lactaţie, ele trebuie tratate în continuare în grupa psihozelor endocrine.

Perioada de gestaţie, naşterea, lăuzia şi lactaţia sunt etape normale, fiziologice, care trebuie considerate şi înţelese ca atare. Ele produc însă transformări majore, de o mare importanţă atât în plan somatic, cât şi psihologic, iar riscul apariţiei unor tablouri psihopatologice este la fel de crescut.

Pentru majoritatea autorilor, tulburările psihice legate de maternitate pot fi precoce sau tardive (P. Sivadon), după cum se poate vedea mai jos.

Psihozele precoce se instalează în primele zile care urmează naşterii. Ele au un debut brusc, cu anxietate extremă, insomnie şi stare de agitaţie cu hipertermie. Din punct de vedere clinic, pot reproduce un tablou clinic în care recunoaştem elementele unei stări de excitaţie maniacală, combinată cu o confuzie halucinatorie care impresionează prin dramatismul său. Aceste tulburări pot evolua către un delir acut sau chiar către o encefalită psihotică acută cu un prognostic clinic rezervat. Alteori, se poate instala o manie acută cu fugă de idei, logoree şi agitaţie dezordonată.

Psihozele tardive apar după mai multe săptămâni de la data naşterii şi sunt legate de o stare de epuizare fizică şi psihică legată de perioada de lactaţie. Din punct de vedere psihopatologic, aceste psihoze se caracterizează prin următoarele tipuri de tulburări: stări depresive trenante de factură depresiv-melancoliformă, la care se asociază bufeuri delirante de autoacuzare, gelozie sau persecuţie, tulburări oniric-halucinatorii sau un sindrom de automatism mintal. Nu sunt rare crizele melancoliforme cu tentative de suicid sau pulsiuni infanticide ale mamei.

Psihozele metabolice şi carenţiale

Psihozele metabolice şi carenţiale sunt tulburări psihice consecutive unor afecţiuni somatice grave, cu evoluţie cronică, incurabile, care se asociază secundar tulburărilor psihice severe, cu caracter specific. Acestea au, de regulă, intensitate psihotică şi sunt specifice etiologic. Din punct de vedere clinico-psihiatric, trebuie să facem separaţie între *psihozele metabolice*, cauzate de afecţiuni somatice primare (insuficienţa hepatică sau renală, diabetul etc.) şi *psihozele carenţiale*, care apar drept consecinţă a unor avitaminoze (pelagra, avitaminozele B etc.). Le vom descrie în continuare din punct de vedere psihopatologic.

1. *Psihozele metabolice*

Psihozele metabolice sunt tulburări psihice de intensitate psihotică determinate de stări toxice provocate de produse ale unor metabolisme incomplete legate de suferinţe ale unor organe vitale în acest sens. Cele mai importante dintre acestea sunt *insuficienţa hepatică* şi *insuficienţa renală*, la care se poate adăuga şi *diabetul*, cu toate consecinţele sale.

Insuficienţa hepatică este însoţită, de regulă, de tulburări psihice. În sensul acesta, distingem o „insuficienţă hepatică uşoară" şi o „insuficienţă hepatică gravă". Le vom prezenta în continuare.

În cazul insuficienţei hepatice uşoare, bolnavii prezintă o stare de astenie moderată, tulburări de dispoziţie afectivă, uneori de alură melancoliformă (neurastenia biliară), puseuri de obtuzie mintală, coşmaruri nocturne, onirism halucinatoriu pe fond de somnolenţă şi accidente delirante episodice.

În cazul insuficienţei hepatice grave, manifestările psihopatologice sunt mult mai severe, iar prognosticul este foarte rezervat (ciroza hepatică progresivă). Tulburările

psihice în aceste cazuri se caracterizează printr-o stare confuzională cu obtuzie mintală, astenie marcată, coşmaruri, onirism, apariţia unui delir acut cu hipertermie. Tulburările evoluează către o stare de comă profundă şi ireversibilă. În alte cazuri pot să apară situaţii de onirism cu agitaţie, delir violent cu episoade convulsive terminate cu o stare de comă ireversibilă.

Insuficienţa renală cu tulburări psihice apare în cazurile de nefrită cronică uremică. Din punct de vedere psihopatologic, aceasta se caracterizează prin următoarele tipuri de tulburări : astenie, bradipsihie, lentoare intelectuală, o stare de obtuzie mintală, cefalee, insomnii sau coşmaruri nocturne. În alte situaţii, putem întâlni episoade confuzionale acute cu agitaţie, fugă, anxietate extremă, terifiantă. În cazuri de azotermie severă, apar somnolenţă, astenie generală, comă.

Diabetul este o afecţiune care se însoţeşte constant de tulburări psihice. Cel mai adesea se notează stările depresive asociate cu o astenie fizică. Adesea, depresiile pot atinge gravitatea melancoliei. Pot apărea stări confuzionale sau delirante, care sunt semne extreme ale unei evoluţii clinice severe, cu un prognostic grav.

2. *Psihozele carenţiale*

Psihozele carenţiale sunt afecţiuni cauzate de avitaminoze ce determină atât tulburări somatice, metabolice, cât şi tulburări neurologice (parestezii, paralizii, tulburări de sensibilitate etc.) şi tulburări psihice. Ne vom referi la tulburările psihice întâlnite în cursul avitaminozelor.

Cele mai importante tulburări din această serie, din punct de vedere psihopatologic, sunt tulburările cauzate de carenţa de vitamină PP (pelagra) şi carenţele de vitamine din seria B. Cea mai cunoscută în sensul acesta este pelagra.

Tulburările psihice din cursul pelagrei se caracterizează prin următoarele : o stare de astenie prelungită, urmată de o confuzie mintală agitată care aminteşte de tabloul clinic al unui delir acut. Bolnavul este extrem de agitat, confuz, halucinat. În aceste condiţii, poate comite acte de violenţă absurde, iraţionale sau se poate chiar sinucide.

Avitaminozele din grupa B sunt în special cauzele unor tulburări neurologice de tipul polinevritelor, paraliziilor, stărilor de astenie, depresiei, somnolenţei, torporii.

Din cele prezentate mai sus se poate desprinde faptul că psihozele metabolice şi carenţiale pot constitui un grup clinico-psihiatric cu o configuraţie psihopatologică proprie, destul de specifică. Ele sunt cauzate de tulburări ce recunosc cauze şi mecanisme specifice, demonstrând, prin existenţa lor, o interdependenţă între sfera somatică şi viaţa psihică a persoanei umane.

Psihozele endocrine şi cele metabolice şi carenţiale se înscriu, împreună cu celelalte psihoze organice şi toxice, în grupa psihozelor exogene. Această grupă de tulburări psihice are o configuraţie proprie, care se diferenţiază de cea a psihozelor endogene, aşa cum am arătat deja mai sus.

26. Psihozele endogene I
(Aspecte psihopatologice generale)

Domeniul psihozelor

Psihozele nu constituie un grup psihopatologic unitar. Din punct de vedere clinico-psihiatric, ele sunt diferenţiate în raport cu factorii etiologici care le produc. În sensul acesta, distingem *psihoze exogene*, determinate de cauze externe care acţionează asupra sistemului nervos (traumatisme, infecţii, intoxicaţii, tumori cerebrale, tulburări metabolice sau endocrine), şi *psihoze endogene*, cauzate de factori constituţionali, de predispoziţii interne, probabil genetice (psihozele afective, psihozele din grupa schizofreniei, psihozele schizoafective, delirurile cronice sistematizate simple sau halucinatorii).

Psihozele constituie cea mai complexă formă de manifestare psihopatologică, afectând personalitatea individului în totalitatea ei. Prin natura şi gravitatea sa, psihoza ne apare ca o fatalitate, ca un destin patologic al omului. Ea conferă persoanei o anumită „manieră de a fi, un stil de viaţă, o formă de existenţă durabilă, esenţa unei personalităţi aparte cu un echilibru precar" (P. Wiener).

Din punct de vedere psihopatologic, psihoza este o manifestare extrem de complexă a fenomenelor psihice morbide, la care se pot distinge câteva aspecte specifice. În sfera psihopatologiei, *psihoza* nu este reductibilă la *boala psihică*, ci pune probleme legate de organizarea şi dinamica personalităţii bolnavului respectiv. În sensul acesta, P. Wiener remarcă următoarele trei aspecte:

1. *Structura psihotică* desemnează ansamblul de caracteristici ale unei personalităţi care autorizează medicul psihiatru la a decela psihoza încă dintr-o fază clinică latentă. Aceste aspecte se raportează la „dispoziţiile morbide" ale personalităţii, legate de un anumit „teren" sau de o „constituţie" favorizantă.
2. *Procesul psihotic* desemnează dinamica sau evoluţia temporală a psihozei, ca manifestare psihopatologică de dezorganizare a sistemului personalităţii bolnavului respectiv, în conformitate cu teoria organizării şi disoluţiei personalităţii formulată de H. Jackson şi reluată în psihiatrie de H. Ey.
3. *Boala psihică* este reprezentată prin specificitatea tabloului clinic al psihozei, în raport cu funcţiile psihice afectate în mod direct (exclusiv sau preponderent), precum şi cu modelul de evoluţie clinico-psihiatrică a acesteia (periodic, continuu, cu remisiune, acut, cronicizant etc.).

Din cele de mai sus se desprind următoarele aspecte:

- *structura* este pusă în evidenţă prin examenul clinico-psihiatric sau prin investigaţia psihodiagnostică a bolnavului respectiv;

- *procesul* este evidenţiat prin analiza simptomelor clinice ;
- *boala* este recunoscută ca atare de către membrii familiei sau de anturajul bolnavului care remarcă faptul că acesta îşi pierde autonomia, nu-şi mai poate asuma responsabilitatea, nu-şi mai poate îndeplini îndatoririle obişnuite, nu mai poate desfăşura activitatea profesională în care este calificat, are nevoie să fie supravegheat şi ajutat permanent.

Psihozele endogene

Termenul „endogen" este utilizat în clasificarea psihozelor pentru a desemna caracterul primar al naturii acestora, diferit de orice fel de altă cauză de origine externă a personalităţii bolnavului. Endogenitatea face referire directă la factori etiologici de natură eredo-constituţională ai individului.

Termenul „endogen" desemnează existenţa unei cauze interne care ţine de natura personalităţii bolnavului, fiind un tip particular de etiologie constituţional-structurală. În egală măsură, pentru a sublinia latura caracteristică a etiologiei, se mai utilizează, destul de rar, de altfel, termenul „ontogenie", care este sinonim cu „endogenie" (L.E. Hinsie şi R.J. Campbell).

Ce reprezintă noţiunea de *endogen*?

Endogene sunt toate fenomenele cu caracter ritmic, periodic din viaţa individului : ritmul somn-veghe, ciclul menstrual, necesitatea unui aport regulat alimentar şi hidric, activitatea sexuală, pendularea dispoziţiilor afective din timpul zilei sau al anului etc.

Endogenul ne apare, în felul acesta, ca un tip particular-individual de „configuraţie interioară" care ne aminteşte de „daimonionul" lui Socrate. Acest proces, ce apare în cursul tuturor fenomenelor endogene, finalizându-se într-o unitate ce se manifestă prin sine, ca o „apariţie" unică şi specifică în lume, a fost denumit *endon* (H. Tellenbach).

Endonul este unitatea bazei configuraţiei individuale (*Gestalt*-ul persoanei) ca instanţă creatoare de evenimente ale vieţii. H. Tellenbach a remarcat existenţa unei corelaţii între *endon* şi *cosmos*, relaţie care se întemeiază din punct de vedere ontologic pe „a fi în lume" sau prin noţiunea de „dăruire".

Din punct de vedere psihopatologic, endogenitatea va duce la o „dereglare a ritmurilor elementare cu apariţia unor noi ritmuri patologice", susţine H. Tellenbach. Ca exemplu, ni se aminteşte că în cursul evoluţiei clinice a melancoliilor, ritmul somn-veghe este specific dereglat, ciclul menstrual sistat, iar aportul ritmic de hrană şi lichide este înlocuit cu anorexia.

Ritmurile patologice se pot manifesta fie prin oscilări zilnice (circadiene) – de pante abisale dimineaţa şi paroxisme nocturne –, fie prin oscilaţii sezoniere, primăvara şi toamna. Toate acestea pledează în favoarea unei relaţii strânse între endogen şi cosmic, ca proces dinamic.

Istoricul concepţiei despre endogenitate

Evoluţia istorică a concepţiilor despre endogen şi fixarea cadrului psihopatologic al psihozelor endogene sunt deosebit de interesante.

Din punct de vedere etimologic, *endogen* înseamnă „situat în interior" sau „născut în casă", având origine în greaca veche. Etimologic, grecescul *endogenes* corespunde latinescului *domi natus* sau *intus genitus* – ambele având aceeaşi semnificaţie.

Noţiunea de *endogen* este introdusă în psihiatrie la sfârşitul secolului al XIX-lea de către Mœbius (1893), care face distincţie între *bolile exogene* şi *bolile endogene*, după cum „condiţiile principale de boală pătrund în individ din afară sau se găsesc în interiorul lui din cauza unei dispoziţii aduse cu sine".

A. Morel introduce, aşa cum am arătat deja, *teoria degenerescenţei*, care susţinea că la baza bolilor psihice stă ereditatea patologică, de un mare polimorfism, exprimată printr-un concept care, deşi a făcut vogă în epocă, a fost ulterior negat pentru a fi apoi rediscutat. Este vorba despre *psihoza unică*, asupra căreia vom reveni. Teoria menţionată punea accentul pe o ereditate încărcată patologic a individului, în sfera căruia erau semnalate stigmate atavice de degenerescenţă.

Pentru Mœbius, devierile endogene şi aspectele lor psihopatologice, ca tablouri clinico-psihiatrice, sunt expresia unor dispoziţii înnăscute ale individului.

E. Kraepelin face distincţie între tulburările psihice dobândite şi cele legate direct de o anumită dispoziţie constituţională sau de un „teren patologic" al bolnavilor psihic.

O. Bumke stabileşte drept caracteristică pentru noţiunea de endogen absenţa decelabilă a unei cauze organice cerebrale la aceşti bolnavi psihic.

E. Kreischmer, din punctul de vedere al psihiatriei constituţionale, alătura aceluiaşi cadru psihopatologic PMD şi schizofrenia, considerându-le entităţi clinice de factură constituţional-ereditară, expresie a unor tulburări pur endogene.

În felul acesta, psihozele endogene vor fi considerate afecţiuni psihice ereditare, produse ale unor dispoziţii morbide particulare ale personalităţii sau, după Berze, „psihoze de dispoziţie" (*Anlagepsychosen*).

K. Jaspers insistă asupra dialecticii exogen-endogen, subliniind sensurile psihopatologice diferite ale acestora.

K. Kleist consideră endogene numai acele boli psihice cu cauză necunoscută sau nespecificată organic, spre deosebire de cele care, având cauza cunoscută, se definesc drept exogene.

Pentru K. Schneider, noţiunea de endogen înseamnă renunţarea la ordinea etiologică, întrucât psihozele endogene nu au o etiologie organic-cerebrală lezională. Endogenul apare numai ca o posibilitate de a fi a persoanei, ca un mod particular de trăire patologică a acesteia.

H.J. Weitbrecht consideră endogenul ca fiind similar cu „criptogenul", acceptând în felul acesta existenţa unei relaţii strânse între endogenitate şi ereditate.

H. Tellenbach consideră că la baza naturii umane, a structurii persoanei, stă *endonul*, care este particularitatea constitutivă a individului. El este o instanţă integrativă. Endonul reprezintă tot ceea ce apare la om ca unitate a configuraţiei sale de bază. El nu este nici biologicul apersonal şi nici apersonalul în sensul interiorităţii sale.

Din cele de mai sus se poate desprinde faptul că elementele caracteristice psihozelor endogene, în acord cu majoritatea autorilor, sunt următoarele:

- existenţa unor variaţii zilnice sau sezoniere ale dispoziţiei afective şi capacităţii de activitate generală;
- alternarea, fără un sens explicabil exterior, a unor faze maniacale sau depresive la acelaşi individ;
- importanţa rezultatelor pozitive ale terapiei somatice în aceste cazuri;
- apariţia neanalizabilului şi neinteligibilului psihologic al acestor bolnavi;
- lipsa de motive explicabile pentru simptomatologia clinică, aspectul bizar şi incomprehensibil al acestora;

– existenţa unor diferenţe profunde între patologia psihozelor endogene şi celelalte forme de tulburări psihopatologice (stări reactive, nevroze, dezvoltări anormale ale personalităţii, psihozele endogene, organice sau toxice etc.).

Pe baza datelor menţionate, H. Tellenbach consideră endonul un domeniu particular constitutiv al naturii umane, comun atât sferei psihice, cât şi celei somatice. El este tot ceea ce la om „apare ca unitate a configuraţiei sale de bază” (H. Tellenbach).

Manifestările psihopatologice ale endonului

La baza endonului stă procesul de *ritmicitate*. Prin ritmicitate se manifestă un aspect fundamental al vieţii, pe care H. Plessner îl numeşte „momentul central al viului”.

În perspectiva *biosului* biologiei, se deosebesc „ritmuri pur endogene” şi „periodicităţile sincrone ale mediului extern” (Asckoff). În sensul acesta, organismul uman dispune atât de un „ritm endogen” propriu, cât şi de capacităţile sale de adaptare-integrare în „ritmurile exogene” ale mediului cu care se sincronizează.

Formele exterioare, ritmice ale evenimentelor vieţii se manifestă în diferite forme: ritmul somn-veghe, ciclul menstrual la femei, ritmicitatea activităţii sexuale, variaţiile dispoziţiei emoţional-afective şi impulsive etc. Acelaşi aspect de ritmicitate îl observăm şi în sfera manifestărilor psihopatologice: crizele de narcolepsie, epilepsie, melancolie etc. Aceste din urmă manifestări, având aspectul unor „dereglări vitale”, au fost numite de W.M. Pfeiffer „sindromul de bază”. El poate avea şi manifestări de natură contrară, cum ar fi inversarea ritmului somn-veghe, hipersomnie, hipersexualitate, bulimie etc. (Mihaelis, Kupfer). Aceste aspecte sunt dominante în cazul PMD, când se poate vorbi despre o veritabilă „cronopatologie” (V. Supprian, M. Papousek).

Variaţii naturale ale endogenităţii pot fi semnalate şi în cursul perioadelor de maturizare a personalităţii sau al „crizelor de dezvoltare” (H.J. Weitbrecht). Ele sunt „faze de criză psihobiologică”, neîncadrabile psihologic, în cursul cărora diferite fenomene pot să apară în mod neaşteptat, zgomotos, cu un caracter de regresiune a maturizării sau cu un aspect discordant-disociativ al personalităţii.

H. Tellenbach afirmă că fenomenele endogenului se manifestă în sensurile de „a fi” ale omului: evoluţia vieţii în ritmicitatea ei, în modul său de desfăşurare, în treptele maturizării somatice şi psihice a individului, precum şi în cadrul manifestărilor psihotice ale acestuia. Toate acestea depind de „factorii disproporţionali” ai persoanei, de natura sa constituţională psihobiologică.

H. Thomae vorbeşte de „caracterul de eveniment al personalităţii”, iar H. Kunz, despre o „endogenitate radicală constitutivă”, considerată o dimensiune interioară a individului.

Toate aceste aspecte sunt regăsite şi în cazul analizei caracteristicilor „tipurilor constituţionale” somatopsihice ale indivizilor. Endogenul este în raport direct cu „aspectul” somatic şi cu „dispoziţia” psihică a persoanei respective. El reprezintă „natura” acesteia din care ea nu poate evada, marca individualităţii şi a identităţii sale, înscrisă în Eul personal.

În sensul concepţiilor antropologiilor psihiatrice de factură fenomenologică (E. Minkowski, K. Jaspers, V.E. von Gebsattel, G. Lanteri-Laura) şi al analizei existenţiale

(L. Binswanger, R. Kuhn), se poate constitui, plecând de la noţiunea de *endon*, un veritabil domeniu de studiu complex, psihologic şi psihopatologic: *endologia*.

Fenomenele endogene nu pot fi sesizate în forme de sine stătătoare, printr-o cercetare ştiinţifică. Ele nu au caracterul concret al unei existenţe reale, ci se exprimă prin formele de manifestare a fiinţei umane. În sensul acesta, M. Boss afirmă că „a fi om există numai în şi prin exprimarea în timp a existenţei, în a duce la bun sfârşit posibilităţile de comportament personale şi înnăscute faţă de cele care îi sunt sugerate omului".

Endonul are un caracter transsubiectiv, motiv pentru care este atât metapsihologic, cât şi metasomatic, apărând ca un „simptom" sau ca un „fenomen". El îşi va modifica modalitatea de „a se arăta" în raport cu domeniul său de manifestare, fie somatic, fie psihic (H. Tellenbach).

Desprindem din cele mai sus faptul că patologia psihică de natură endogenă are o configuraţie psihopatologică particulară şi este de o mare complexitate şi varietate.

În grupa psihozelor endogene sunt incluse următoarele entităţi nosologice care vor constitui tematicile descrierii noastre ulterioare:
- psihozele afective (PMD, boala afectivă etc.);
- psihozele din grupa schizofreniei;
- psihozele schizoafective;
- paranoia;
- psihozele delirante sau delirant-halucinatorii cronice;
- psihozele endogene atipice.

Semnificaţia psihopatologiei endogene şi exogene

Deşi aparente şi net individualizate din punct de vedere clinico-psihiatric, în sens psihopatologic, se pune problema: Ce apropie între ele psihozele endogene şi care este diferenţa dintre patologia endogenă şi tulburările psihice exogene?

Elementul comun de referinţă în toate psihozele endogene îl reprezintă, aşa cum s-a arătat, de altfel, *nucleul endogen* al personalităţii sau *endonul*. Direcţiile de dezvoltare pe care le poate lua *endonul* sunt cele care vor configura profilul psihopatologic al psihozei endogene respective. În sensul acesta, un rol incontestabil îl are „terenul" sau „constituţia biopsihologică" a individului respectiv. Acest aspect se poate vedea în schema de la pagina 328.

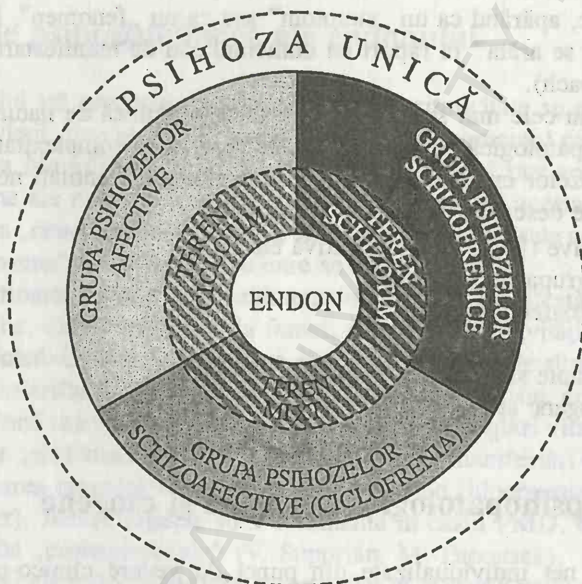
Conform acestei scheme se poate face o clasificare tipologică, dar se poate şi demonstra existenţa unei înrudiri între diferitele psihoze endogene, întrucât acestea au o origine comună în structura *endonului*.

În sensul acesta, pornindu-se de la natura *endonului*, respectiv „terenul", se disting următoarele tipologii ale acestuia:

a) *endonul de tip ciclotim*, care stă la baza originii psihozelor afective;
b) *endonul de tip schizotim*, care stă la baza psihozelor schizofrenice;
c) *endonul de tip mixt*, mai puţin diferenţiat în raport cu cele două tipuri anterioare, care stă la baza psihozelor schizoafective (ciclofreniile).

Diferite din punct de vedere formal, ca aspect clinico-psihiatric, psihozele endogene au la origine acelaşi factor, *endonul*. Sensul „evoluţiei clinice" a psihozei va depinde de

natura acestuia, respectiv de „dispoziţia" pentru o anumită „formă de psihoză". Înrudirile acestor psihoze denotă însă faptul că „limitele" clinico-psihiatrice dintre ele sunt destul de greu de trasat, iar existenţa atestată a psihozei schizoafective este o dovadă certă că între cele două entităţi – psihotico-afectivă (PMD) şi delirant-halucinatorie (schizofrenie) – nu se pot impune nişte „cadre psihopatologice" fixe, cu un caracter absolut, rigid, ci, dimpotrivă, ele dispun de o mare plasticitate, care este în final expresia dinamicii interne a endonului.



Dacă suntem de acord în a recunoaşte „originea lor comună" în sfera *endonului*, putem accepta şi o anumită „unicitate" psihopatologică a acestor psihoze.

Dispoziţia pentru psihozele endogene trebuie privită ca un potenţial de „risc eredo--constituţional" al oricărui individ. Direcţia evoluţiei şi a modului de manifestare clinico-psihiatrică a psihozelor endogene va depinde în final de „tipul de dispoziţie" ca potenţial patogen, raportat la tipologia biopsihologică a persoanei respective. În sensul acesta, „riscul pentru schizofrenie" este crescut în cazul leptozomilor schizotimi, „riscul pentru psihozele afective" este crescut în cazul picnicilor ciclotimi, precum, în egală măsură, „riscul pentru psihozele schizoafective" este rezervat tipului mixt, în care sunt reunite caracteristicile aparţinând primelor două tipuri.

Considerate din punct de vedere psihopatologic, al originii lor comune, aceste trei grupe de psihoze pot fi expresia „psihozei unice" de natură endogenă.

A. Tatosian face o interesantă expunere critică a problemei „psihozei unice". După părerea lui, termenul „psihoză" trebuie să se aplice exclusiv episoadelor psihotice, şi nu ansamblurilor biografice individuale, aşa cum se face uneori. Problema delimitării psihopatologice a psihozelor nu este exclusiv de ordin nosologic, ci şi sindromologic.

Noţiunea de „psihoză unică" sau „unitară" (*Einhettspsychose*, *Monopsychose*), destul de veche, a dominat gândirea psihiatrică sub influenţa lui W. Griesinger. Ulterior,

dihotomia nosologică a lui E. Kraepelin a dus la separaţia dintre „psihozele afective" şi „psihozele schizofrenice" (Petrilowitsch şi Saer).

După W. Griesinger, „psihoza unică", pentru a avea un caracter „unic" sau „unitar" care să-i confere un statut nosologic, trebuie să parcurgă o serie de stadii clinice împărţite în două grupe:

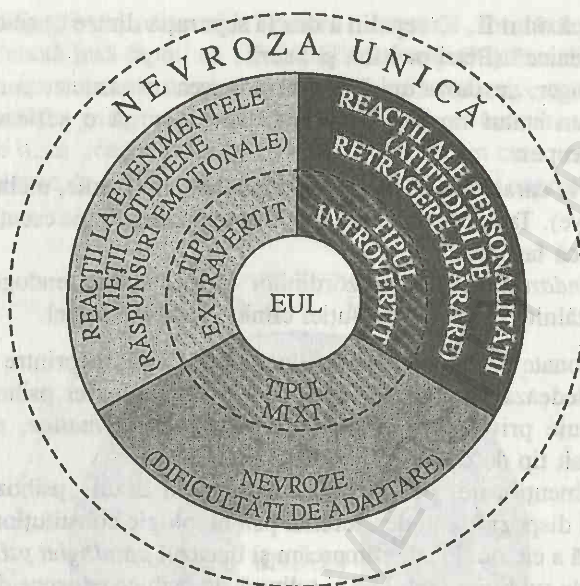
a) *tulburări primare*, caracterizate prin dezordini afective (manie, melancolie sau tulburări schizoafective). Tabloul clinic este dominat de o semiologie esenţialmente afectivă cu evoluţie clinică favorabilă;
b) *tulburările secundare* corespund dezordinilor de tip nuclear, endogen, deficitar, aşa cum sunt ele întâlnite în cursul evoluţiei clinice a schizofreniei.

Aspectele menţionate mai sus, susţinute de numeroşi autori (printre care W. Janzarik şi A. Tatosian), pledează în favoarea reconsiderării patologiei psihozelor endogene. *Bolile psihice* trebuie privite diferit de modelul *bolilor somatice*, ele având un alt determinism şi un alt tip de dinamică.

Aspectele deja menţionate, pe care le constatăm în cazul „psihozelor endogene", legate de o anumită dispoziţie sau de „terenul psihobiologic constituţional", raportate la structura particulară a endonului, le remarcăm şi în cazul *patologiei psihiatrice exogene.*

Este important de subliniat faptul că şi tulburările psihice exogene depind de tipul de personalitate a bolnavului respectiv, în sensul acesta referindu-ne la cele trei tipuri principale: *introvertit*, *extravertit* şi *mixt.* Această tipologie nu priveşte numai „structura Eului", ci şi modalităţile acestuia de deschidere în relaţiile sale cu lumea, modul de „adaptare-integrare" şi de „asimilare-acomodare" în raport cu factorii exteriori. Pe aceste considerente, va rezulta în mod clar faptul că tipul de răspuns al unui individ la acţiunea factorilor psihotraumatizanţi emoţional-afectivi din exterior va fi în concordanţă cu tipul de personalitate a acestuia. În sensul acesta, pentru personalităţile de tip introvertit sunt caracteristice „reacţiile personalităţii" considerate ca modalităţi de interiorizare a conflictelor. Pentru personalităţile de tip extravertit sunt caracteristice reacţiile emoţionale, considerate modalităţi psihopatologice de răspuns la conflictele exterioare. În cazul nevrozelor, remarcăm o dezvoltare de tip reactiv, elaborată, caracterizată prin dificultăţi de comunicare, adaptare şi integrare a individului în mediul său familial, social etc. Aceste aspecte psihopatologice, caracteristice nevrozelor, preiau elemente psihopatologice şi din sfera tipului introvertit, şi din cea a tipului extravertit al personalităţii, aşa cum se poate vedea în schema de la pagina 330.

Analizând acum, comparativ, cele două „modele psihopatologice", suntem surprinşi să constatăm că ele sunt superpozabile. Elementul comun de care depind natura şi semnificaţia psihopatologică a tulburărilor, atât în cazul psihozelor endogene, cât şi în cazul patologiei exogene, este în relaţie cu *Eul personal.*



În cazul psihozelor, asistăm la o transformare psihopatologică de fond a personalităţii, privind structura Eului, pe când, în cazul nevrozelor şi al stărilor reactive, asistăm la un răspuns patologic al Eului la evenimentele vieţii exterioare a individului ; în primul caz, rolul patologic îl are structura endonului, pe când în cel de-al doilea caz, rolul patologic revine tipului de personalitate.

Aspectele discutate mai sus nu fac decât să clarifice raportul *endogen/exogen* în psihopatologie, demonstrând că acesta este în primul rând o modalitate de răspuns patologic (exogenia) sau o modalitate de transformare structurală (endogenia) a personalităţii.

Endogenul şi *exogenul* nu se exclud şi nici nu au un caracter antitetic, ci sunt complementare, iar din jocul acestui raport rezultă în final starea de echilibru a individului : *sănătatea mintală* sau, dimpotrivă, starea de dezechilibru psihic : *boala psihică.*

27. Psihozele endogene II
(Psihozele afective)

Cadrul psihopatologic general

Psihopatologia vieţii afective, deosebit de importantă şi complexă, reuneşte două grupe de afecţiuni psihiatrice, diferite între ele în raport cu factorii cauzali care le produc :
- tulburările afective exogene (patologia afectivă de tip reactiv) ;
- tulburările afective endogene (stările anxioase, sindroamele depresive şi maniacale, boala afectivă, PMD).

Tulburările afective exogene au fost prezentate anterior, când am analizat patologia reactivă şi nevrozele. Ne vom ocupa în continuare de psihopatologia vieţii afective de natură endogenă.

Pentru K. Schneider, psihopatologia vieţii afective cuprinde două mari aspecte :

1. Reacţiile afective la evenimentele vieţii trăite, cu caracter exogen, despre care am vorbit mai sus.
2. Dispoziţiile sau sentimentele afective cu caracter endogen care stau la baza patologiei afective endogene. În cadrul acestui grup, K. Schneider distinge următoarele aspecte :
   a) tristeţea, în care sunt incluse grija şi nostalgia ;
   b) angoasa, care priveşte neliniştea şi oroarea ;
   c) furia, în care intră iritarea şi mânia.

Acestea sunt însă „sentimente afective” de intensitate şi prezenţă anormale, cu caracter endogen, dar ele nu constituie încă tablouri clinico-psihiatrice propriu-zise. Dintre cele de mai sus, K. Schneider reţine ca fiind mai frecvente şi mai importante tristeţea, frica, mânia şi angoasa. Ele se însoţesc cu manifestări psihopatologice sau somatovegetative, de expresie mimică sau corporală.

Vom analiza în continuare aspectele principale ale psihopatologiei vieţii afective, şi anume : stările anxioase, stările depresive, PMD, suicidul.

O problemă importantă pe care trebuie s-o menţionăm este legată de dublul aspect al vieţii afective, ea situându-se în planul psihopatologiei, dar constituind concomitent şi o temă ontologică speculată de filozofie, morală şi religie.

Stările anxioase

De regulă, *anxietatea* şi *angoasa* sunt aspecte care se discută în acelaşi cadru tematic, fără a se face diferenţă între ele. Acest fapt creează adesea ambiguităţi sau chiar confuzii.

Conceptul de *angoasă* a fost tratat iniţial în filozofia epocii romantice de către S. Kierkegaard, de la care va fi preluat în secolul XX de filozofia existenţialistă ca reprezentând o „temă fundamentală a existenţei" (M. Heidegger, J.-P. Sartre, K. Jaspers).

Din punct de vedere etimologic, termenul „angoasă" este de origine latină: *angere* – „a strânge", „a strangula" sau *angor* – „trecere strâmtă şi dificilă", „situaţie critică".

Angoasa este definită ca fiind acea senzaţie internă de restrângere şi inhibiţie a funcţiilor respiratorii care, de obicei, constituie faţa fiziologică a anxietăţii, rezultând din reprezentarea unui rău, a unui pericol iminent pentru individ.

La M. Heidegger, angoasa devine un sentiment vital al persoanei, identificat cu „grija" (*Sorge*), exprimând o stare de tensiune vitală şi, prin aceasta, menţinându-şi semnificaţia de „nelinişte existenţială" pe care o avea iniţial în filozofia lui S. Kierkegaard, în raport cu „interogarea fiinţei umane despre ea însăşi, despre existenţa sa, despre sensul destinului său".

Pentru L. Lavelle, „angoasa este considerată o formă de revelaţie a existenţei înseşi". J. Maritain susţine că „angoasa este o parte a subiectivităţii noastre". J.-P. Sartre precizează că „angoasa se distinge de teamă, care este frica de fiinţele lumii, pe când angoasa este teama sau frica de sine însuşi".

Un studiu interesant, aprofundat al angoasei ne este oferit de S. Kierkegaard. După acesta, angoasa se înscrie în evoluţia morală a omului, în „istoria sa morală". Încercând să explice această „evoluţie morală", S. Kierkegaard distinge trei etape, aşa cum se va vedea în continuare.

Etapa originară este raportată la condiţia originară a omului, care este „starea de inocenţă şi de ignoranţă". Ignoranţa va fi suprimată prin intervenţia păcatului. Păcatul va pune capăt „stadiului preadamic" al omului prin călcarea interdicţiei (a unui tabu) instituite de Dumnezeu creaturii sale. Călcarea interdicţiei divine va fi momentul „trezirii acelui germene de angoasă care dormitează în inocenţa originară" a omului şi de care el nu are nici o cunoştinţă.

Etapa păcatului este legată de comiterea păcatului ca violare a interdicţiei divine, ce va declanşa angoasa. Apariţia angoasei va reprezenta sentimentul care conştientizează comiterea păcatului. Din acest moment, inocenţa originară este înlocuită de păcat, iar puritatea, de impuritate. Omul este pus în faţa unei noi situaţii de viaţă. I se deschide o nouă perspectivă ontologică, un nou „drum". Angoasa va reprezenta „vertijul libertăţii" care i se oferă ca perspectivă. Libertatea este opusul liniştii din etapa de inocenţă adamică. Ea va trezi sentimente ambivalente. Angoasa ne revelează dimensiunea timpului care „începe să se scurgă" în sensul de „cum" şi de „ce va fi?". Din acest moment, perspectiva viitorului omului este pusă sub semnul angoasei. Ea devine, în sens ontologic, „frica de viitor".

Angoasa este inseparabilă de *păcat*, considerat ca vinovăţie morală care stă la baza acesteia. Să vedem ce este păcatul, pentru a putea deduce din acesta natura angoasei.

Păcatul nu este un „obiect al gândirii", ci un „obiect al voinţei", o „tentaţie a voinţei" (curiozitate, plăcere, aventură). Păcatul este individual, pozitiv, transcendent şi discontinuu. El apare ca o categorie concretă şi ireductibilă. Să insistăm asupra acestor aspecte.

Păcatul este individual. Acesta, aparţinând individului, are un caracter de egoism, fapt care implică un Eu. Înainte de a păcătui, omul nu este un Eu. El devine un Eu prin păcat. Acest Eu este o întoarcere către sine a omului, un mod particular de „a se vedea pe sine". În sensul acesta, Eul trebuie considerat, spune S. Kierkegaard, „un raport", o „întoarcere către sine însuşi". O sinteză ce are două aspecte : refuzul de a fi tu însuţi şi disperarea de a rămâne tu însuţi.

În al doilea rând, păcatul este pozitiv. El reprezintă afirmarea fiinţei în raport cu nefiinţa. Este momentul intervenţiei conştiinţei. Conştiinţa care „judecă", conştiinţa morală, este „raportul dintre om şi Dumnezeu". Ea se revelează prin păcat.

Păcatul este transcendent, întrucât este o ruptură a imanenţei, reprezentând prin aceasta o nouă calitate. Această ruptură strică, tulbură starea originară a omului, inaugurând din acest moment existenţa sa temporală. Păcatul este „începutul istoriei".

În ultimul rând, păcatul este discontinuu. El are caracterul de ruptură, de intervenţie bruscă, subită, de noutate, de surpriză, de salt ; este o intervenţie abruptă în existenţa persoanei.

Orice păcat, ca vinovăţie, implică fenomene de ambiguitate : neliniştea, angoasa, căinţa, regretul. Toate au un scop reparator : suprimarea păcatului, a culpabilităţii.

Păcatul nu trebuie considerat o trecere de la bine la rău, ci o trecere de la starea de inocenţă – în care nu sunt cunoscute nici binele, nici răul – la domeniul de afirmare alternativă a binelui şi a răului. Altfel spus, la domeniul moralei. Acesta este domeniul care se interpune între inocenţă şi culpabilitate. Aici apare şi se manifestă *angoasa*.

Prin păcat, sufletul se determină şi ia cunoştinţă de libertatea sa. Dar, din acest moment, omul descoperă că este singur. Păcatul, vinovăţia morală, îl „rupe" de Dumnezeu. Angoasa este sentimentul disperării pe care-l dă perspectiva unei existenţe însingurate.

Etapa mântuirii este etapa de efort al anulării culpabilităţii. Prin păcat, omul decade din starea de inocenţă originară, ce reprezintă liniştea şi echilibrul sufletesc interior. Din acest moment începe istoria, dar, în mod paradoxal, păcatul este condiţia mântuirii, a restaurării fiinţei originare. El este o luptă a omului cu angoasa, o încercare de restaurare a spiritului. Suprimarea păcatului anulează angoasa şi o înlocuieşte cu starea de extaz, de beatitudine.

Providenţa, mântuirea, graţia sunt legate de păcat. Adam, omul primordial, „cade", dar în locul lui, din el, „se naşte" un nou Adam, cel mântuit. Existenţa, în felul acesta, se revelează ca fiind rezultatul unor înlănţuiri de contraste. Suntem conştienţi de noi şi de viaţa noastră prin angoasă, susţine K. Jaspers, referindu-se în mod expres la „situaţiile-limită".

Raportul dintre păcat şi angoasă, atât în plan psihologic şi psihopatologic, cât şi moral, este legat de faptul că *păcatul* generează *angoasa*. *Moartea* generează *disperarea*. În acest tip de relaţie, *angoasa* este un *act feminin*, pe când *disperarea* este un *act masculin*.

În secolul XX, psihiatria preia angoasa din filozofie şi morală, considerând-o „o stare de afect neplăcută, reprezentând răspunsul psihofiziologic al individului la un conflict intrapsihic" (A.M. Freedman, H.L. Kaplan, B.J. Sadock).

A. Porot defineşte anxietatea în raport cu următoarele trei condiţii esenţiale :

a) sentimentul iminenţei unui pericol, nedeterminat, însoţit de elaborarea fantasmatică a unor imagini tragice, catastrofice pentru individ ;

b) o atitudine de aşteptare în faţa unui pericol, o adevărată stare de alertă care invadează persoana în totalitatea ei, sistându-i orice fel de activitate ;
c) impresia incapacităţii persoanei de a acţiona în faţa pericolului, combinată cu sentimentul propriei dezorganizări şi aneantizări.

Sunt descrise mai multe feluri de angoasă. Dintre acestea, H. Feldman sistematizează trei grupe :

a) *angoasa metafizică*, în care individul îşi pune problema existenţei şi a sensului său. A. Littré vorbeşte despre trei stadii, reprezentate prin nelinişte, anxietate, angoasă. Această problemă a angoasei metafizice a fost un subiect tratat de numeroşi filozofi (Sf. Augustin, B. Pascal, S. Kierkegaard, M. Heidegger, J.-P. Sartre, K. Jaspers, G. Marcel) ;
b) *angoasa nevrotică* este manifestarea unui libido refulat de Eu. În cazul acesta, Eul apare „bolnav" în raporturile sale cu lumea, dar şi faţă de sine însuşi ;
c) *angoasa salutară* este o experienţă care ne ajută să înfruntăm atât pericolele externe, cât şi pe cele interne. Ea apare ca un „stimulent" al eforturilor noastre în faţa dificultăţilor vieţii cotidiene.

Din punct de vedere psihopatologic, stările de angoasă se diferenţiază între ele după următoarele aspecte : *fenomenologic*, *intenţional* şi *genetic* :

a) *aspectele fenomenologice* care privesc anxietatea sunt următoarele : spaima, sentimentul de frică, anxietatea ca sentiment, afectul anxios, indispoziţia anxioasă ;
b) *aspectele intenţionale* : consideră teama ca fiind orientată intenţional, iar anxietatea, ca fiind „frica fără obiect", un „sentiment difuz de panică". Anxietatea este un sentiment vital de constrângere, nedefinit şi chinuitor, care te face să te simţi cufundat sau azvârlit în inconştient, în sfera necunoscutului, a ceva nedefinit, impalpabil (Schulte). Ea implică însă şi reacţii corporale ;
c) *aspectele genetice* : se referă la originea stărilor anxioase. În sensul acesta, Binder menţionează următoarele : anxietatea vitală, legată de trup ; anxietatea reală, legată de un pericol din mediul exterior ; anxietatea conştiinţei, legată de o reprezentare intrapsihică a pericolului, cu caracter moral în planul conştiinţei individului ; anxietatea existenţială.

Ca organizare psihopatologică, *sindromul anxios* cuprinde trei grupe de manifestări simptomatologice specifice, şi anume :

a) *simptomele psihopatologice*, reprezentate prin următoarele :
   - stare de nelinişte şi tensiune internă ;
   - circumscrierea sentimentului vital la impresia de tortură, chin, suferinţă ;
   - sentimentul vital de depresie şi suferinţă ;
b) *simptomele psihomotoare*, care constau din următoarele :
   - fenomene de expresie mimică specifice ;
   - agitaţie psihomotoare putând merge până la raptus ;
   - inhibiţie psihomotoare putând ajunge până la stupoare ;
c) *simptomele neurovegetative*, exprimate prin următoarele tipuri de manifestări :
   - midriază ;
   - paloarea feţei ;
   - transpiraţie bruscă ;

- tahicardie ;
- tahipnee ;
- uscarea mucoasei bucale ;
- diaree ;
- inapetenţă ;
- insomii ;
- reducerea libidoului şi a potenţei.

Se poate desprinde din cele de mai sus faptul că *stările anxioase* reprezintă un domeniu extrem de important şi nuanţat al psihopatologiei vieţii afective, exprimând în principal „faţa exterioară" a acestui grup de suferinţe, spre deosebire de depresie, care este „faţa ei interioară", aşa cum se va vedea în continuare.

Stările depresive

Orice slăbire trecătoare sau durabilă a stării de dispoziţie afectivă sau a tonusului psihic este considerată o *depresie*. Depresia poate fi *psihică*, *somatică* sau *psihosomatică* (A. Porot).

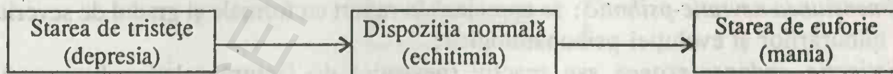
Depresia nu este în mod obligatoriu o stare patologică, ci este în primul rând o stare de dispoziţie afectivă a omului, fie în raport cu circumstanţele vieţii cotidiene, fie în raport cu „variaţiile ciclice" ale naturii persoanei sale sau cu natura „endonului" său.

Orice dispoziţie emoţional-afectivă are trei momente :

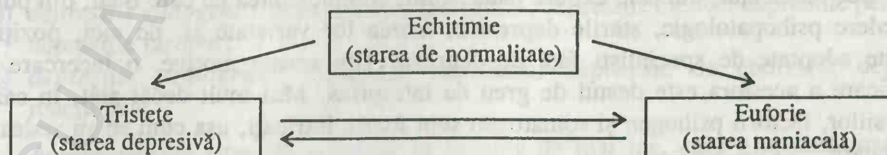
- etapa de *echitimie*, de echilibru emoţional, reprezentând „punctul de normalitate" ;
- *starea depresivă*, de tristeţe ;
- *starea maniacală*, de euforie, bună dispoziţie.

Se descriu două *modele de dispoziţie emoţională* : modelul bipolar şi modelul triunghiular, aşa cum se poate vedea mai jos :

1. *Modelul bipolar* este reprezentat conform schemei următoare :



2. *Modelul triunghiular* este reprezentat conform schemei de mai jos :



La rândul său, R. Tölle, care face o clasificare a psihozelor afective după tipul de evoluţie clinico-psihiatrică şi caracterul psihopatologic al acestora, ne oferă schema de mai jos, centrată pe psihoza maniaco-depresivă (PMD) :

Faze clinice repetate	Melancolia monopolară	Psihoza maniaco--depresivă bipolară	Mania monopolară
Fază clinică unică	Melancolia simplă monopolară		Mania simplă monopolară

K.L. Kelerman remarcă următoarele aspecte psihopatologice în sfera stărilor depresive :
a) depresia ca stare de dispoziţie normală a persoanei umane ;
b) depresia ca simptom clinico-psihiatric ;
c) depresia ca sindrom psihopatologic ;
d) depresia ca boală psihică.

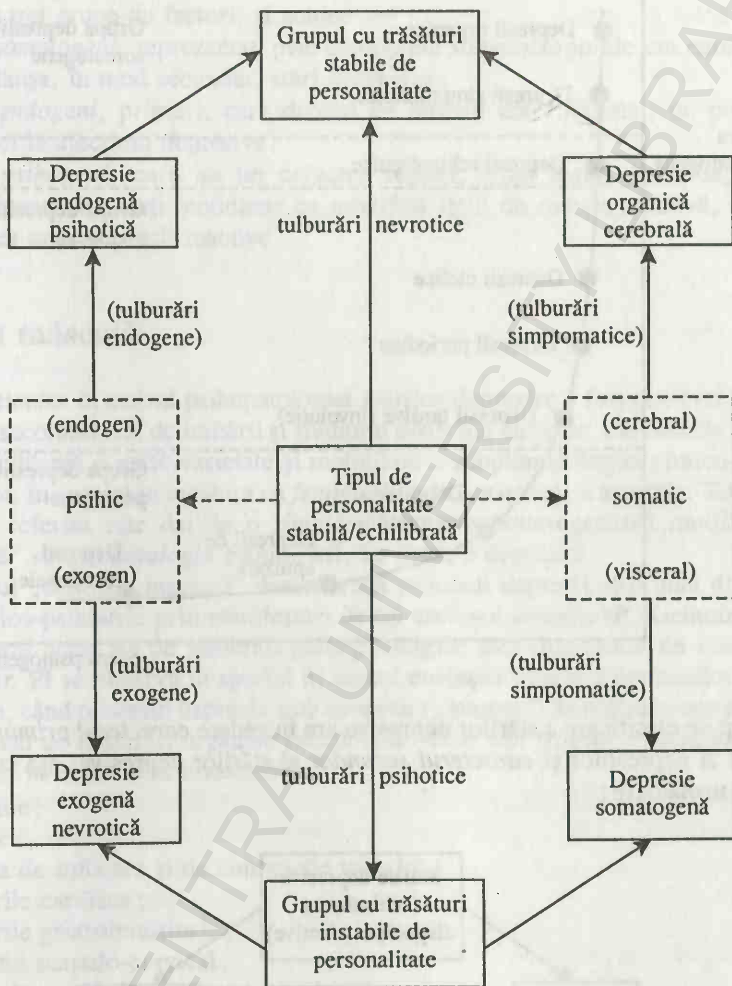
Orice apreciere a stărilor depresive trebuie să plece de la analiza tipului de personalitate a individului respectiv. Se consideră drept criteriu de apreciere-evaluare variaţiile de dispoziţie afectivă, în raport cu tipul de personalitate „stabilă-echilibrată" din punct de vedere emoţional-afectiv. Această stare de echilibru se poate manifesta în două direcţii, şi anume :
a) în sfera somatică, cerebral sau visceral ;
b) în sfera vieţii psihice, structural (endogen) sau relaţional (exogen).

De aici şi aspectul modificărilor psihopatologice, de factură *nevrotică* sau *psihotică* (vezi schema de la pagina următoare).

În aprecierea stărilor depresive, se discută următoarele aspecte :
a) *distincţia bipolar-unipolar* :
   – un singur tip de manifestări clinice (depresie sau manie) ;
   – o alternanţă de manifestări succesive (depresie sau manie) ;
b) *dimensiunea nevrotic-psihotic* : se apreciază în raport cu formele şi gradul de severitate a tulburărilor şi evoluţiei psihopatologice ;
c) *distincţia endogen-exogen* sau reactiv (nevrotic) de factură relaţional-extremă şi endogen (psihotic) de factură structural-dispoziţional internă ;
d) *distincţia primar-secundar*, un aspect care se raportează la următoarele :
   – tulburarea afectivă primară : PMD ;
   – tulburarea afectivă secundară : tulburările depresive din cursul altor boli psihice.

Se pot vedea clar, din cele expuse până acum, complexitatea pe care o au, din punct de vedere psihopatologic, stările depresive, marea lor varietate şi, de aici, poziţiile diferite adoptate de specialişti faţă de depresii. Din aceste motive, o încercare de clasificare a acestora este destul de greu de întreprins. Mai mult decât atât, în cazul depresiilor, factorii psihogen şi somatogen sunt foarte intricaţi, aşa cum se va vedea în continuare.

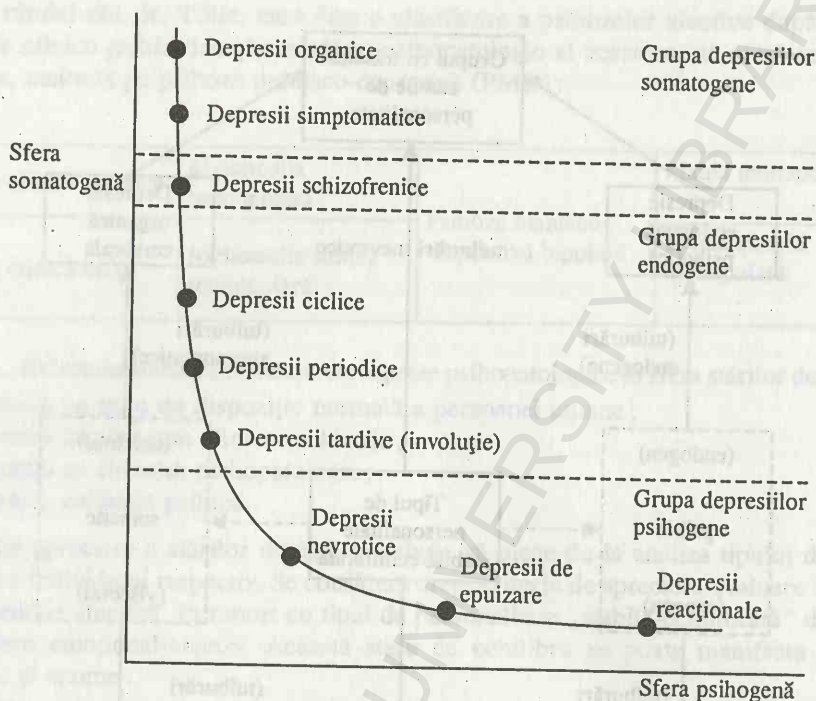
P. Kielholz propune o clasificare a stărilor depresive, utilizând două criterii incriminate în geneza acestora, şi anume : criteriul somatogen şi criteriul psihogen. În cazul acesta,



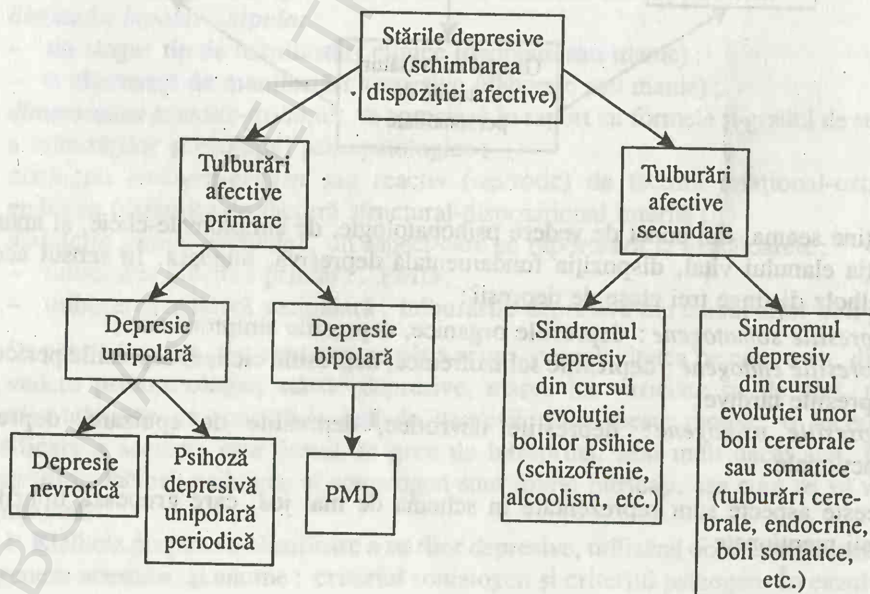
se va ţine seama, din punct de vedere psihopatologic, de simptomele-cheie, şi anume: inhibiţia elanului vital, dispoziţia fundamentală depresivă, angoasa. În sensul acesta, P. Kielholz distinge trei clase de depresii:

a) *depresiile somatogene*: depresiile organice, depresiile simptomatice;
b) *depresiile endogene*: depresiile schizofrenice, depresiile ciclice, depresiile periodice, depresiile tardive;
c) *depresiile psihogene*: depresiile nevrotice, depresiile de epuizare, depresiile reacţionale.

Aceste aspecte sunt reprezentate în schema de mai jos, care grupează tipurile de depresii menţionate:



Un alt tip de clasificare a stărilor depresive are în vedere *caracterul primar* (unipolar sau bipolar) al depresiilor şi *caracterul secundar* al stărilor depresive, aşa cum rezultă din schema următoare:



În concluzie, în ceea ce priveşte etiologia stărilor depresive, se poate afirma că sunt incriminate trei grupe de factori, şi anume:

a) *factori somatogeni*, reprezentaţi prin afecţiunile somatocorporale sau cerebrale, care pot declanşa, în mod secundar, stări depresive;
b) *factori endogeni*, primari, care depind de terenul constituţional, de predispoziţia persoanei la afecţiuni depresive;
c) *factori psihogeni*, care au un caracter reactiv, fiind legaţi de situaţiile psihotraumatizante ale vieţii cotidiene ce modifică tipul de reacţie afectivă, declanşând instalarea unor depresii reactive.

Depresia mascată

Un loc particular în cadrul psihopatologiei *stărilor depresive* a fost rezervat în ultimele decenii ale secolului XX delimitării şi studiului *depresiei mascate.* Cercetările amănunţite nu pun în evidenţă o mare varietate şi mobilitate a simptomatologiei clinico-psihiatrice a depresiilor, în special în legătură cu *fenomenele de somatizare* a acesteia. Tabloul clinic la care ne referim este dat de o *simptomatologie somatovegetativă* multiformă care „maschează” *simptomatologia psihiatrică*, de fond, a depresiei.

Termenul „depresie mascată” desemnează procesul depresiv exprimat din punct de vedere clinico-psihiatric prin manifestări de tip exclusiv somatic (P. Kielholz). Ceea ce caracterizează acest tip de tulburări psihopatologice este fenomenul de *conversiune a simptomelor.* El se observă în special în cursul evoluţiei clinice a depresiilor psihogene şi endogene, când procesul depresiv este acoperit („mascat”) de o diversitate de tulburări vegetative sau de tulburări organice funcţionale. Cele mai frecvente manifestări clinice ale *depresiei mascate* sunt următoarele:

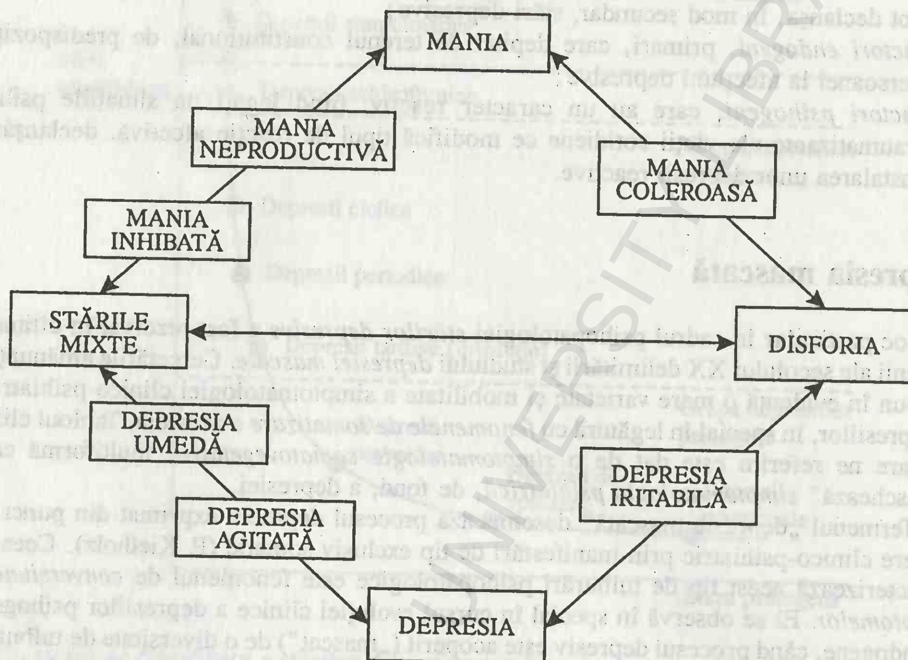
- insomniile;
- cefaleele;
- impresia de sufocare şi de constricţie toracică;
- tulburările cardiace;
- tulburările gastrointestinale;
- sindromul scapulo-cervical;
- durerile în ceafă şi în coloana vertebrală.

Studiul *depresiei mascate* este foarte important din punct de vedere psihopatologic, întrucât el explică, în mare măsură, relaţia *trup-suflet* şi, în particular, *corelaţiile psihosomatice.*

Termenul „depresie mascată” sau echivalentul acestuia, „depresie larvată”, a fost introdus de W. Walcher, pentru care depresiile mascate sunt în primul rând depresii endogene în cursul cărora simptomatologia somatică este predominantă. Ulterior, J.J. Lopez-Ibor va vorbi despre o categorie psihopatologică diferită, dar înrudită cu aceasta, reprezentată prin „echivalenţele depresive”, considerate tot nişte *depressio sine depressione*, iar A.F. da Fonseca va propune termenul „echivalenţe afective”, pentru a desemna acelaşi grup de tulburări. P. Kielholz descrie *depresia de epuizare*, în care manifestările psihosomatice de tip neurovegetativ reprezintă principala simptomatologie clinică.

P. Berner, H. Katschning şi W. Poldinger au remarcat existenţa unei importante relaţii psihopatologice între *formele atinice*, ca tablou clinic şi evoluţie a tulburărilor afective

(sterile mixte, disforice şi depresii mascate), şi tablourile clinice net conturate şi evoluţia ciclică a stărilor *maniacale* şi *depresive* (vezi schema de mai jos).



Disforia şi *stările mixte* pot constitui, aşa cum se poate desprinde din cele de mai sus, o „etapă tranzitorie" între *faza depresivă* şi *faza maniacală* a psihozei maniaco-depresive (PMD).

Echivalenţele depresive

De problema *depresiei mascate* se leagă cea privind grupul particular, cu acelaşi caracter atipic, al *echivalenţelor afective* sau al *echivalenţelor depresive* (P. Kielholz, J.J. Lopez-Ibor, A.D. Jonas). Această categorie de tulburări psihopatologice este rezervată unor manifestări clinico-psihiatrice de factură depresivă care se manifestă prin *tablouri clinice* de o mare diversitate, „mimând" tulburări dintre cele mai variate. În sensul acesta, se descriu mai multe tipuri de *echivalenţe depresive*, pe care le vom prezenta în continuare.

1. *Nevrozele şi echivalenţele depresive*

Pentru K. Schneider şi J.J. Lopez-Ibor, nevrozele sunt tulburări care rezultă din prelucrarea interioară a evenimentelor vieţii trăite de individ şi „elaborate" ulterior sub forma simptomelor nevrotice. Stadiul psihopatologic al nevrozelor pune în evidenţă o anumită „structură endotimică" complexă, în care distingem două aspecte principale:

- tristeţea vitală sau endotimică;
- angoasa vitală sau endotimică.

Angoasa este cea care predomină în cazul *nevrozelor*, pe când *tristeţea* este cea care predomină în cazul *depresiilor.* Aceste aspecte confirmă natura depresivă a acestei categorii de tulburări nevrotice, pe care le putem eticheta drept echivalenţe depresive.

2. *Depresia mascată şi echivalenţele depresive*

Depresia este o formă de extindere a sentimentelor vitale sau endotimice, care pot fi înlocuite cu *durerea*, *angoasa* sau *tristeţea.* Din aceste considerente, trebuie făcută distincţia dintre *depresia mascată* şi *echivalenţele depresive.* Aceste aspecte au fost deja discutate mai sus.

3. *Simptome neurologice care echivalează depresia*

S-a constat faptul că un grup particular de echivalenţe depresive pot să se manifeste, din punct de vedere clinic, sub „masca" semnelor şi a sindroamelor neurologice. Dintre acestea, le semnalăm pe următoarele:

1. *Acatisia*, menţionată de R. Bing, J. Delay şi P. Deniker, constă în prezenţa unor spasme musculare pe care bolnavul caută să le calmeze sau să le suprime printr-o mişcare continuă. *Acatisia* este definită şi ca o incapacitate de a rămâne liniştit, în poziţia de repaus din clinostatism. O variantă clinică a acesteia este *tahichinezia*, care se manifestă prin nevoia compulsivă a bolnavului de a se mişca sau de a merge.
2. *Sindromul picioarelor neliniştite* sau *boala lui Wittmaack-Ekbon* constă într-o senzaţie penibilă de disestezie a gambelor care apare la începutul somnului şi determină bolnavul să-şi mişte permanent picioarele pentru a o calma. O formă clinică similară o reprezintă *brahialgia parestezică nocturnă*, localizată în zona braţelor şi care poate apărea, la fel, la începutul somnului. Ambele tipuri de tulburări sunt echivalenţe depresive care apar la începutul somnului de noapte şi dispar dimineaţa, la trezire.
3. *Brahialgii şi meralgii.* R. Wartenberg a descris *brahialgia parestezică statică*, ce apare la trezirea din somn, în regiunea braţelor. Ea are caracterul unei disestezii localizate în braţe şi în mâini, uneori de tipul unei *acroparestezii genuine.* Bolnavul poate acuza parestezii, greutate şi dureri, alteori hiperestezie şi foarte rar anestezie asociată cu o senzaţie de arsură. W. Klimke şi A. Staal au descris aceleaşi tipuri de manifestări clinice sub denumirea de „meralgie parestezică", cu localizare lombară, în zona musculaturii abdominale şi a coapselor.
4. *Nevritele migratoare.* F. Schultze descrie o nevrită migratoare multiplă cu acroparestezii, care recunoaşte drept cauză o depresie, ca şi în cazul brahialgiilor şi al meralgiei. Caracteristica nevritelor migratoare este labilitatea localizărilor de factură migratoare a paresteziilor.
5. *Tulburările psihosomatice şi echivalenţele depresive.* În numeroase situaţii clinice, echivalenţele depresive se asociază cu tulburări psihosomatice dintre cele mai variate, fiind adesea imposibil de etichetat cu precizie natura acestora. În toate situaţiile însă,

la baza lor stau tulburări psihopatologice de natură emoţional-afectivă de tipul depresiilor, putând lua aspecte clinice de un mare polimorfism şi de un tip de evoluţie variat.

Stările maniacale

Stările maniacale sunt tulburări afective complexe, realizând o entitate clinico-psihiatrică specifică şi autonomă de tipul unei psihoze, caracterizată printr-o excitaţie psihomotoare simplă care poate atinge grade de manifestare violentă şi dezordonată, cu o evoluţie ciclică de natură endogenă.

Din punct de vedere psihopatologic, stările maniacale sunt caracterizate prin următoarele tipuri de tulburări:

I. Tulburări psihice caracterizate printr-o exaltare generală, interesând următoarele sectoare ale vieţii psihice:

a) mimică mobilă, privire strălucitoare, expresie jovială şi euforică, atitudine amicală, familiară;
b) comportamentul se caracterizează printr-o mare labilitate psihomotoare, polipragmazie dezordonată, putând atinge formele agitaţiei psihomotoare cu manifestări coleroase, violente, antisociale;
c) limbajul se caracterizează prin logoree, strigăte, vociferări, calambururi sau expresii obscene ori este moriatic;
d) dispoziţie afectivă euforică, bună dispoziţie însoţită de strigăte, cântece, gesticulaţie largă, adesea dezordonată;
e) tulburări de ordin intelectual, manifestate prin atenţie distributivă, de o mare labilitate, dar incapabilă de a se fixa pe ceva anume, o exaltare a memoriei, fugă de idei, gândire prin asonanţă, asociaţii rapide, dar superficiale, imaginaţie bogată, eliberarea automatismelor prin dezinhibiţie.

II. Tulburările somatofizice ale acestor bolnavi se caracterizează prin următoarele tipuri de manifestări: insomnii, stare digestivă saburală, scăderea sau creşterea apetitului alimentar, scădere în greutate, tulburări endocrine (hipertiroidie, tulburări ovariene, dismenoree etc.).

Formele clinice ale stărilor maniacale pot fi sistematizate în următoarele grupe nosologice:

1. *Mania acută*, caracterizată printr-o stare de excitaţie psihomotoare generală, cu debut brusc şi de scurtă evoluţie clinică. Ea se poate repeta la anumite intervale simplu sau alternând cu crize depresiv-melancoliforme. În cadrul maniei acute distingem două forme clinice:
   a) *mania acută tipică* – o psihoză caracterizată printr-o excitaţie psihomotoare accentuată şi dezordonată, interesând sfera psihică, dar la care sunt asociate şi tulburări somatice;
   b) *mania subacută* – o stare de excitaţie maniacală moderată ca intensitate, o „hipomanie". Gradul de intensitate a tulburărilor de excitaţie psihomotoare este mai direct, fără a avea însă un caracter dezordonat, limitându-se la o simplă stare

de euforie cu exaltarea imaginaţiei, hipermnezie şi logoree, o vervă generală, adesea cu caracter contagios.

2. *Mania cronică* – tulburarea afectivă care se succedă maniei acute, evoluând de regulă sub forma unei tulburări clinice continue. Din punct de vedere psihopatologic, se caracterizează printr-o stare continuă de excitaţie psihomotoare dezordonată, logoree, nelinişte şi instabilitate, polipragmazie. Ea poate îmbrăca două tipuri de tablouri clinico-psihiatrice :
   a) *mania cronică simplă*, caracterizată prin excitaţie psihomotoare dezordonată, logoree, asociaţii ideative superficiale, asonanţă, putând ajunge la o stare de incoerenţă şi acte de violenţă ;
   b) *mania cronică delirantă*, care se asociază la tabloul clinic al precedentei idei delirante, de regulă difuză, nesistematizată, dar, în unele cazuri, având forma unui delir sistematizat tematic, ce poate aminti de dezvoltările paranoice.

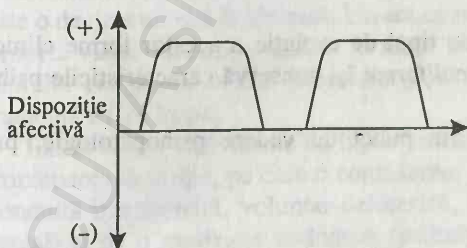
Psihoza maniaco-depresivă

PMD, împreună cu demenţa precoce (schizofrenia) au fost printre primele entităţi clinico-nosologice izolate de E. Kraepelin în clasificarea bolilor psihice făcută de acesta.

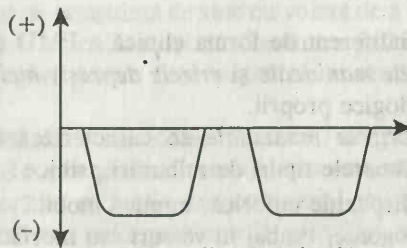
PMD este o psihoză endogenă de tip bipolar, caracterizată printr-o alternanţă succesivă de accese depresiv-melancoliforme şi accese maniacale, întrerupte de faze de remisiune. Terenul somatopsihic pe care se grefează această psihoză este reprezentat de „constituţia picnică", corespunzătoare „temperamentului ciclotim".

Din punct de vedere psihopatologic, PMD este caracterizată prin apariţia periodică, ciclică a unor accese depresive sau maniacale alternante. Tulburările sunt predominante în sfera afectivă, în activitatea bolnavilor şi în comportament. Pot fi şi forme monopolare, în care se notează evoluţia clinică periodică a crizelor de manie sau a crizelor de melancolie. În funcţie de tipul de evoluţie clinico-psihiatrică, se descriu următoarele tipuri :

1. *Forma unipolară a PMD* este reprezentată prin *mania acută simplă* şi *melancolia acută simplă*, în care accesele maniacale, respectiv accesele de tip depresiv-melancoliform se succedă periodic, la intervale regulate de timp. Ambele situaţii sunt caracterizate prin evoluţia periodică a bolii afective, aşa cum se poate vedea în graficele următoare :

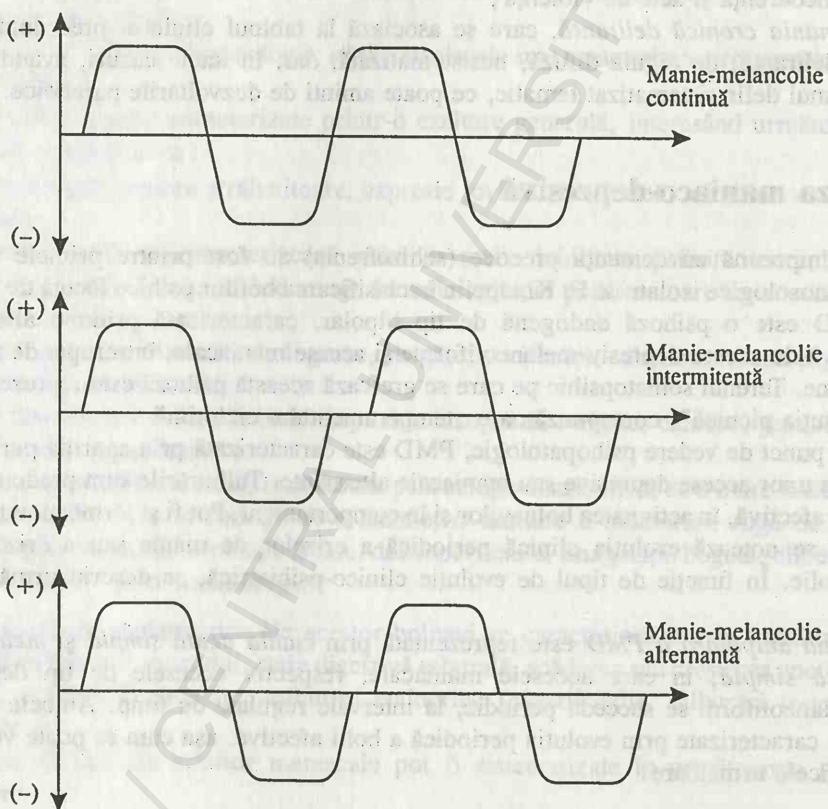


Manie acută simplă



Melancolie acută simplă

2. *Forma bipolară a PMD* este mult mai complexă şi, din punctul de vedere al evoluţiei clinico-psihiatrice, ea îmbracă trei forme clinice, aşa cum se poate vedea şi în schemele de mai jos : *manie-melancolie continuă* (*folie à double forme circulaire*), în care accesele de manie sunt urmate de accese de melancolie, fără interval liber între ele ; *manie-melancolie intermitentă* (*folie à double forme intermittente*), în care după un acces de manie-melancolie urmează un interval liber, iar apoi procesul psihotic se repetă identic ; *manie-melancolie alternantă* (*folie periodique à forme alterne*), în care accesele de manie sunt urmate de intervale libere, apoi survin accesele melancoliforme, urmate de un interval liber şi procesul psihotic continuă la fel.



Indiferent de forma clinică a PMD şi de tipul de evoluţie a acestor forme clinice, *crizele maniacale* şi *crizele depresiv-melancoliforme* îşi conservă caracteristicile psihopatologice proprii.

Crizele maniacale se caracterizează, din punct de vedere psihopatologic, prin următoarele tipuri de tulburări psihice :

- dispoziţie euforică, mimică mobilă ;
- logoree, limbaj în versuri sau moriatic ;
- polipragmazie ;
- agitaţie psihomotoare ;

- fugă de idei, asociaţii ideative prin asonanţă;
- hipersexualitate, agresivitate.

Crizele depresiv-melancoliforme se caracterizează, din punct de vedere psihopatologic, prin următoarele aspecte:
- dispoziţie tristă;
- izolare şi închidere în sine;
- plâns;
- inactivitate, mişcări reduse;
- monoideism trist;
- dezvoltarea unui delir melancolic de culpabilitate sau cu teme ipohondriace;
- anestezie morală dureroasă;
- idei sau tentative de suicid din cauza autoagresivităţii;
- bradipsihie, bradikinezie;
- voce şoptită, limbaj sărac, mimică tristă.

Tulburările afective „în plus", de factură maniacală, sau „în minus", de factură depresiv-melancoliformă, constituie trăsăturile psihopatologice cele mai semnificative şi mai importante ale psihozei maniaco-depresive. Sindromul maniacal sau depresiv poate fi întâlnit şi în cadrul altor tulburări psihice, stări toxice sau neuroinfecţii (ca în cazul PGP). În cazul PMD, aceste sindroame afective au însă specificitate atât ca tablou clinic, cât şi ca asociere evolutivă.

Suicidul

Sinuciderea reprezintă una dintre cele mai importante şi mai complexe probleme ale psihopatologiei. Manifestare paradoxală a persoanei umane în condiţiile impuse de „situaţiile-limită" ale vieţii sau având un determinism pur patologic, sinuciderea depăşeşte cadrele nosologiei clinico-psihiatrice, în ordine ontologică înscriindu-se ca unul dintre cele mai importante „accidente" sau „situaţii critice" ale vieţii unui individ.

Există în această temă opinii dintre cele mai diferite. Psihiatrii, în grija cărora sunt plasaţi cei care comit tentative de suicid, sunt în majoritatea lor înclinaţi să considere orice act suicidar într-o manieră medicală, reducţionist-diagnostică, asemenea unui act patologic, legat, de regulă, de o stare depresivă care „scade elanul vital" sau chiar îl anulează. Acest punct de vedere îngustează semnificaţia suicidului, obligându-l să fie considerat la fel ca oricare altă boală psihică. Este o atitudine absolut greşită. Sinuciderea este o decizie umană deliberată. Un act ce reuneşte conştiinţa de sine cu voinţa de a sfârşi propria viaţă. Din acest motiv, în sfera analizei suicidului îşi dau întâlnire psihiatria, morala, religia, filozofia, literatura şi sociologia, pentru care constituie o temă permanentă de reflecţie.

Există numeroase forme de înţelegere şi definire a suicidului. Personal, am preferat următoarea definiţie, pe care o considerăm mai cuprinzătoare: sinuciderea este actul de conduită intenţională, voluntar-deliberată, legat de un motiv exogen (social sau psihosocial) şi de o motivaţie endogenă (psihologică sau psihopatologică), specifice pentru fiecare individ în parte, cu rezonanţă ideo-afectivă asupra personalităţii sale, declanşând pulsiuni autoagresive prin schimbarea atitudinii morale faţă de sine şi faţă de lume şi

având ca finalitate întreruperea desfăşurării fireşti a cursului vieţii biologice printr-un proces de traumatizare a propriului corp (C. Enăchescu)[1].

Această definiţie a suicidului permite să fie acceptate, în mod egal, atât o etiologie pur patologică a acestuia, precum şi o atitudine absolut nepatologică, motivată de interesele morale ale persoanei respective. În cazul suicidului, întreruperea cursului vieţii nu trebuie privită automat ca un fapt clinico-psihiatric, ca expresie a unei boli sau cel puţin a unei tulburări psihice. Ea nu este numai anularea instinctului de conservare, ci, concomitent, şi dorinţa simbolică de „a ieşi" prin moarte, considerată ca „gest suicidar", dintr-o existenţă resimţită ca inacceptabilă pentru individ, o existenţă pe care acesta o percepe ca pe o constrângere şi pe care o refuză. În acest caz, „gestul suicidar" are semnificaţia simbolică a unei încercări de trecere într-un alt registru al existenţei, depăşind astfel o „situaţie-limită" impusă.

Studiile efectuate de noi au pus în evidenţă faptul că numai 15-20% din totalul cazurilor care comit acte suicidare au o cauză absolut patologică, pe când la restul de 80-85% dintre cazuri nu se poate pune în evidenţă nici un fel de cauză patologică, ci conflicte psihologice, morale, sociale, probleme de conştiinţă, decizii raportate la propria viaţă etc.

Aşa cum se desprinde din cele afirmate mai sus, nu există un consens în ceea ce priveşte natura actului suicidar. În acest sens, se pot distinge câteva direcţii principale de interpretare a suicidului (E. Durkheim, M. Halbwachs, J. Baechler, J. Starobinski, L. Proal, A. Bayet, E. Ringel, W. Poldinger, K. Menninger, D. Lester, T. Kotarbinski).

În producerea actului suicidar sunt incriminate mai multe „procese" care încearcă să explice natura complexă a mecanismelor de producere a acestuia. Aceste procese sunt următoarele:

a) *procesul defensiv*: suicidul este considerat o reacţie de apărare a unei persoane plasate într-o situaţie-limită sau „situaţie închisă";
b) *procesul punitiv*: consideră suicidul ca o formă de conduită expiatoare a individului faţă de un sentiment de culpabilitate;
c) *procesul agresiv*: suicidul este raportat la autoagresivitate, în care agresorul are ca obiect al agresivităţii propria persoană. Este un act de returnare a agresivităţii asupra propriului corp, prin „distrugerea" căruia îşi suprimă propria viaţă;
d) *procesul oblativ*: în cazul acesta, suicidul este interpretat ca un act sacrificial. El corespunde tipurilor de suicid altruist, eroic;
e) *procesul ludic*: este cel în care suicidul apare ca o formă de factură sublimată a *jocului cu moartea* (sporturile extreme, cascadoria etc.);
f) *instinctul morţii*: explică actele de suicid ca pe o anumită înclinaţie sau dispoziţie psihologică morbidă contrară instinctului de conservare, care se opune vieţii.

Aşa cum se poate vedea din cele de mai sus, „pulsiunile suicidare" se înscriu din punct de vedere psihanalitic în seria de manifestări ale „pulsiunii de moarte" (*Thanatos*) ce se opun „pulsiunii de viaţă" (*Eros*) şi care sunt dominante în cazul personalităţii sinucigaşilor.

Personalitatea sinucigaşilor prezintă anumite dispoziţii specifice, prezentate mai sus, cu caracter latent. Acestea se pot manifesta „în act" printr-o gamă largă de aspecte, numite de specialiştii în problemă *funcţii suicidare*. Acestea sunt următoarele:

1. C. Enăchescu, *Tratat de igienă mintală*, Editura Polirom, Iaşi, 2004.

1. *Funcţia suicidară*: se exprimă prin tendinţele autoagresive ale individului (automutilări, operaţii chirurgicale repetate, efectuate la cererea bolnavului, asceză, posturi prelungite şi nejustificate etc.). Acestea reprezintă formele de *suicid cronic* (E. Menninger) orientate asupra propriei persoane.
2. *Funcţia heteroagresivă*: este o formă care, din punct de vedere psihanalitic, maschează un sentiment de răzbunare a individului, exprimată prin: „mie moartea, ţie doliul". Este vorba de o agresivitate indirect orientată sau „proiectată" asupra altei persoane apropiate de cel care comite gestul suicidar. În cazul acesta, orice suicid este o faptă „aruncată" (atribuită în mod indirect) asupra altuia, ca responsabilitate.
3. *Funcţia de apel*: în cazul acesta, suicidul este considerat ca reprezentând un *semnal de alarmă* (E. Stengel) prin care cel care comite suicidul atrage atenţia celorlalţi asupra lui, solicitându-le în cazul acesta *ajutorul* într-o situaţie-limită de viaţă, la care el este incapabil de a putea reacţiona în alt fel.
4. *Funcţia ordalică*: în această situaţie, suicidul apare ca o *probă*, ca o mărturie, un test particular pe care persoana respectivă îl face în faţa semenilor săi pentru a-i convinge cu acest ultim argument (*gestul mortal*) de justeţea ideilor sale. Remarcăm aici o notă de histrionism.
5. *Funcţia catastrofică*: suicidul apare, în acest caz, ca un tip de reacţie de inadaptare la situaţiile vieţii, o lipsă de voinţă, panică, angoasă, o erupţie emoţională care scapă controlului individului.
6. *Funcţia de şantaj*: în cazul acesta, suicidul este utilizat ca un mijloc de obţinere a unor beneficii, avantaje personale, situaţii favorizante, ca o formă de depăşire a unui impas. Trebuie să vedem în aceasta tendinţa de a *deturna* agresivitatea orientată către sine în agresivitatea orientată dinspre ceilalţi către individul respectiv.
7. *Funcţia de fugă*: în cazul acesta, suicidul apare ca o conduită de fugă a persoanei printr-o situaţie-limită, mai precis, ca o „fugă de sine însuşi".
8. *Funcţia de joc*: în cazul acesta, suicidul apare ca un joc cu sine însuşi, un joc care se desfăşoară între viaţă şi moarte, cu o anumită orientare emoţional-afectivă.

Punctul de vedere medico-psihologic consideră actele de suicid ca având o cauză patologică şi fiind, prin aceasta, expresia unor tulburări psihice, cel mai frecvent asociate unor stări depresive, fie că este vorba de o depresie reactivă, fie că apare în cazul depresiilor melancoliforme endogene.

K. Menninger distinge trei forme de suicid:

a) *suicidul cronic*, reprezentat prin ascetism, martiraj, sacrificiu de sine, invaliditate nevrotică, dependenţă de alcool, comportament antisocial, psihoze depresive;
b) *suicidul focalizat*, reprezentat prin automutilare, apelul la intervenţii chirurgicale repetate, accidente intenţionate, impotenţă sexuală, frigiditate;
c) *suicidul organic*, reunind componenta autopunitivă, componenta agresivă, componenta erotică şi modalitatea preferată de suicid.

În acelaşi context medico-psihologic, M. Quidu distinge următoarele tipuri de suicid:

a) *suicidul reuşit*, acţiune autoagresivă complet realizată, urmată de moartea persoanei respective;
b) *tentativa de suicid*, considerată ca act incomplet, eşuat, nerealizat ca finalitate;
c) *ameninţarea cu suicidul*, ca o formă de „pretentativă suicidară";
d) *ideea de suicid*, ca formă de reprezentare mintală a actului suicidar;

e) *şantajul suicidar*, în cazul căruia între motivele suicidului şi modalitatea de realizare a acestuia nu există o concordanţă cantitativ-calitativă, persoana respectivă căutând să obţină nişte „avantaje personale" prin ameninţarea cu suicidul. Este, de fapt, din punct de vedere psihanalitic, o formă de transfer asupra altor persoane, cu implicaţii privind responsabilitatea morală pentru actul de suicid ;
f) *echivalenţele suicidare* sau „suicidul mascat" se manifestă prin : refuzul aplicării unui tratament, refuzul transfuziei de sânge, greva foamei, toxicomanii, jocul cu moartea, cascadoria etc.

F. Achille-Delmas, apreciind complexitatea actelor de suicid şi marea diversitate a acestora, susţine că o definiţie care să cuprindă toate aspectele acestuia şi care, în acelaşi timp, să fie admisă de toţi specialiştii este greu de formulat. Pentru autorul citat, „suicidul este actul prin care un om lucid se abandonează morţii, deşi poate alege viaţa, pe care însă o preferă morţii, dincolo de orice fel de obligaţie etică". Remarcăm nota dominant morală a acestui punct de vedere. Această viziune asupra suicidului este justificată de F. Achille-Delmas prin faptul că nu există „un singur suicid", ci „mai multe forme de suicid". În sensul acesta, sunt menţionate următoarele :
a) *suicidul-accident*, cauzat de o eroare fatală pentru individ ;
b) *suicidul-nebunie*, ca formă de manifestare în cadrul evoluţiei unei afecţiuni psihice ;
c) *suicidul-constrângere*, ca o constrângere căreia îi este supus individul şi care-l împiedică să aleagă între „a trăi" şi „a muri" ;
d) *suicidul-eutanasie*, forma la care se apelează în cazul unei morţi inevitabile şi care apare mult mai greu de suportat de către individ decât moartea pe care şi-ar putea-o produce singur ;
e) *suicidul moral*, cel care se raportează la o datorie eroică de la care individul nu se poate sustrage decât cu preţul dezonoarei ;
f) *suicidul-elecţie*, ce apare ca o stare psihică particulară, caracterizată printr-o atracţie irezistibilă a individului către moarte, dar care pentru ceilalţi apare de neînţeles, ca un act absurd.

Teoria sociogenezei suicidului a fost emisă de E. Durkheim şi dezvoltată de Şcoala franceză de sociologie. Acest punct de vedere deplasează cauzele suicidului în sfera factorilor sociali, a relaţiilor interumane, a influenţei pe care modelul sociocultural o are asupra comportamentelor, acţiunilor şi integrării sociale a individului. Plecând de la aceste considerente, E. Durkheim distinge patru forme de suicid :
a) *suicidul egoist*, cauzat de o dezintegrare a grupului social care duce la un exces de individualizare ;
b) *suicidul altruist*, cauzat de o supraintegrare socială care duce la o insuficienţă a individualizării, fiind, prin aceasta, o replică a suicidului egoist ;
c) *suicidul anomic*, cauzat de o dizlocare anarhică a grupului social, care duce la o insuficienţă a coeziunii socioumane ;
d) *suicidul fatalist*, replica suicidului anomic, fiind cauzat de un exces al reglementării sociale.

J. Baechler propune următoarea clasificare a formelor de suicid, după criterii psihoculturale, considerându-le ca „forme particulare de comportament" :
a) *sinuciderile-refugiu*, când acestea au caracterul unor conduite de fugă din faţa unui pericol în care intră : fuga, doliul, pedeapsa legată de culpabilitatea reală sau imaginară ;

b) *sinuciderile agresive*, ca forme de agresivitate sublimată, orientată împotriva altuia sau „proiectată" asupra unei alte persoane sau a unui obiect : răzbunare, crimă, şantaj, apel suicidar ;
c) *sinuciderile-jertfă*, ca formă de autorenunţare la propria existenţă, având semnificaţia unui ideal simbolic realizat. Ele apar sub următoarele forme : sacrificiul, trecerea de la starea actuală la o alta, considerată ideală ;
d) *sinuciderile lucide*, având caracter de ordalii sau de jocuri : ordalia ca probă, jocul cu propria viaţă.

Dimensiunile socioculturale şi morale ale suicidului completează şi nuanţează aspectele sus-menţionate referitoare la modalităţile de a interpreta semnificaţia actelor suicidare.

La începutul secolului XX, sub influenţa spiritului romantic, L. Proplal face interesante aprecieri de ordin moral-religios şi sociocultural asupra sinuciderilor. Orice act suicidar se înscrie în contextul mentalităţii istorice a unei epoci. Fiecare epocă are „modelele sale de suicid". Pentru epoca romantică, de care se ocupă în mod special, aduce ca exemple sinuciderea lui Werther (J.W. Goethe) şi a lui Raphael (A. de Lamartine).

Încercând să găsească o „justificare morală" a actelor suicidare nepatologice, A. Bayet vorbeşte despre o „morală diferenţiată", care să ofere „permisiunea suicidului". Tema este reluată ulterior, în deceniul al şaptelea al secolului XX, de T. Kotarbinski, oferind suicidul ca o formă de rezolvare pentru „o viaţă demnă" a unor situaţii de impas, care „închid orice posibilităţi pentru individ".

J. Starobinski distinge două *modele de suicid* : *sinuciderea morală*, din considerente de onoare şi demnitate, de conştiinţă (sinuciderea lui Cato din Utica, Seneca, Petronius) ; *sinuciderea patologică*, legată de o cauză morbidă, de regulă pasională (suicidul Ofeliei).

Să urmărim în continuare aspectele psihopatologice ale suicidului. Cercetările efectuate de noi ne-au permis să delimităm două grupe de suicid (C. Enăchescu şi A. Retezeanu) :

1. *Suicidul reactiv exogen*, legat de factori şi evenimente emoţional-afective cu caracter psihotraumatizant pentru individ, care apar ca nişte reacţii subite legate de circumstanţele conflictuale ale vieţii cotidiene, cărora individul nu este pregătit să le facă faţă. Din acest motiv, ele au caracterul unor tentative de suicid, adesea repetate, şi se întâlnesc mai ales la adolescenţi sau la persoanele tinere.
2. *Suicidul endogen*, legat de factori genetici, de o anumită dispoziţie către suicid, pe care am putut-o urmări pe parcursul mai multor generaţii la aceleaşi familii. Interesant este faptul că „predispoziţia la suicid" se transmite ereditar, predominant pe linie maternă, marcând familia respectivă. În aceste situaţii, se pune serios în discuţie caracterul endogen, de natură patologică, al actelor de suicid. Spre deosebire însă de sinuciderile reactive, sinuciderile endogene se dezvoltă în timp. Ele nu au un caracter brusc, ci evoluează în două etape, bine determinate :
   a) *etapa pregătirii actului suicidar* – cunoscută sub denumirea de „sindrom presuicidar" (E. Ringel) şi constând în următoarele :
   – instalarea unei stări de nelinişte anxioasă cu agitaţie inexplicabilă pentru individ ;
   – tulburări de somn ;
   – iritabilitate, instabilitate emoţională şi tendinţă la depresie ;
   – cenestopatii, preocupări obsesive ;

- idei de culpabilitate, de inutilitate, de autoacuzare;
- restrângerea câmpului de interese şi al comunicării;
- abuzul de alcool şi medicamente psihotrope;
- idei de suicid.

b) *etapa trecerii la actul suicidar propriu-zis*, caracterizat de K. Menninger prin următoarea triadă simptomatică: „dorinţa de a muri" (*to wish to die*), „dorinţa de a omorî" (*to wish to kill*) şi „dorinţa de a fi omorât" (*to wish to be killed*). Este o concentrare a pulsiunilor agresive ale persoanei orientate către ea însăşi. Ca etape, orice act suicidar implică trei momente:
- suicidaţia, respectiv pregătirea actului de suicid;
- suicidacţia sau trecerea la act şi alegerea metodelor;
- traumatizaţia, reprezentând actul autodistructiv suicidar.

Într-un studiu deosebit de amplu consacrat suicidului, W. Poldinger delimitează din punct de vedere clinico-psihiatric trei etape principale în organizarea, desfăşurarea şi finalizarea conduitei suicidare. Acestea sunt următoarele:

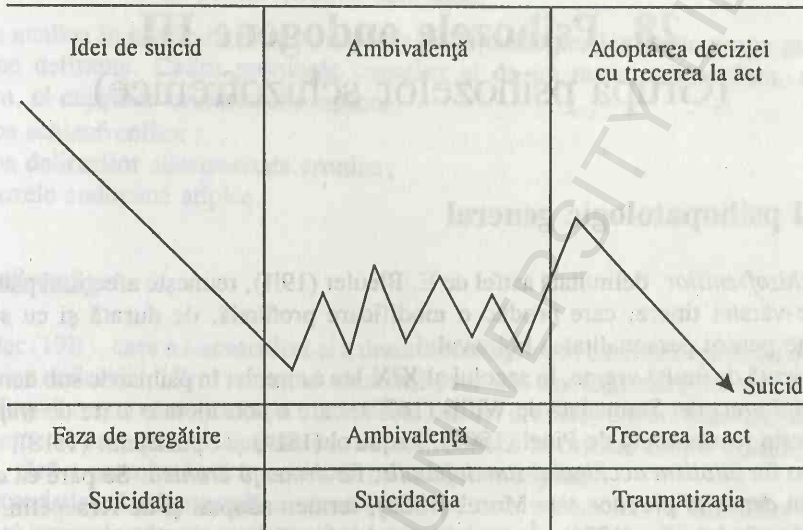
1. *Sindromul presuicidar*, ce cuprinde totalitatea transformărilor psihopatologice care precedă „criza suicidară", reprezentate prin următoarele aspecte:
   a) *faza de pregătire*, care constă în:
   - izolarea socială a individului;
   - o stare de tensiune agresivă, difuză, nespecifică, intrapsihică;
   - existenţa unor situaţii cu rol de „inducţie sugestivă" (lecturi literare, filme, emisiuni TV, cazuri similare în familie sau anturaj luate ca „modele sugestive");

   b) *faza de ambivalenţă*, care constă în:
   - oscilarea între *to be* şi *not to be*;
   - dispoziţie afectivă suicidară;
   - apariţia şi dezvoltarea ideilor de suicid;
   - ezitare;
   - căutarea sau formularea exactă a „motivelor de suicid" ca o formă de „autoexplicare" a actului faţă de sine şi faţă de ceilalţi;
   - anxietate, depresie, insomnii.
2. *Criza suicidară*, etapa în care se trece la actul de suicid propriu-zis, reprezentată prin actul suicidar.
   Faza de act suicidar constă în următoarele aspecte:
   - declanşarea crizei sau *furtuna suicidară*;
   - comiterea actului suicidar autoagresiv propriu-zis.
3. *Etapa postcritică*, cea care urmează după „descărcarea tensiunii pulsionale suicidar-autoagresive", având o configuraţie psihopatologică specifică, reprezentată prin următoarele aspecte:
   - stare de epuizare emoţional-afectivă;
   - sentiment de culpabilitate;
   - sentiment de ruşine şi regret;
   - dorinţa de a ascunde actul comis.

Separat însă de aceste aspecte postsuicidare, în cazul în care „pulsiunea suicidară" nu s-a descărcat sau individul care a comis actul suicidar este în continuare „încărcat afectiv", în faza postsuicidară notăm următoarele aspecte:

- regretul nereuşitei actului de suicid ;
- culpabilizarea celor care l-au salvat de la moarte ;
- dorinţa de a repeta gestul suicidar pentru a muri.

Aspectele descrise mai sus privind etapele desfăşurării actului suicidar sunt expuse în schema următoare :



28. Psihozele endogene III
(Grupa psihozelor schizofrenice)

Cadrul psihopatologic general

Grupa schizofreniilor, delimitată astfel de E. Bleuler (1911), reuneşte afecţiuni psihiatrice grave ale vârstei tinere, care produc o modificare profundă, de durată şi cu serioase consecinţe pentru personalitatea bolnavului.

Cunoscută de multă vreme, în secolul al XIX-lea a circulat în psihiatrie sub denumirea de *demenţă precoce.* Semnalată de Willis (1672), care o considera o stare de *stupiditate psihică*, este recunoscută de Pinel (1809), Esquirol (1814) şi Spurzheim (1818), care au denumit-o fie *idiotism accidental sau dobândit*, fie *demenţă cronică.* Se pare că cel care o numeşte *demenţă precoce* este Morel (1860), termen adoptat şi de Kraepelin, care o descrie, la rândul său (1896). În aceeaşi perioadă, Kahlbaum descrie *catatonia*, iar Hecker, *hebefrenia*, pe care le considerau afecţiuni independente.

În secolul XX, E. Bleuler (1911) reuneşte demenţa precoce, catatonia şi hebefrenia în acelaşi cadru nosologic al *schizofreniilor*, recunoscând prin aceasta o unicitate în polimorfismul lor psihopatologic. Chaslin va introduce conceptul de *psihoză discordantă*, iar Minkowski îi consacră o importantă monografie de ordin psihopatologic.

Se consideră că *grupul schizofreniilor* cuprinde toate cazurile de alienare a personalităţii, caracterizate prin tulburarea permanentă şi de o severă gravitate a raporturilor intelectuale, afective şi sociale ale Eului cu ceilalţi şi cu realitatea.

Acest grup de psihoze endogene este caracterizat, în primul rând, prin „delir", în sensul de „alterare a sistemului realităţii", reflectând în felul acesta un anumit tip specific din punct de vedere psihopatologic de „organizare vesanică" a persoanei bolnavului respectiv. În această categorie nosologică sunt incluse două subgrupe clinice:

a) *subgrupa schizofreniilor*, caracterizate prin dezorganizarea psihică a personalităţii;
b) *subgrupa psihozelor delirante cronice*, simple sau halucinatorii, fără dezorganizarea psihică a personalităţii.

Aşa cum spuneam, elementul psihopatologic comun al tuturor formelor clinice care intră în acest grup este *delirul.* Delirul este acea tulburare de gândire caracterizată prin dezacordul ideilor, judecăţilor şi sentimentelor unui individ, independent de voinţa acestuia, în raport cu realitatea logică (H. Ey). Starea delirantă se caracterizează prin următoarele aspecte: dezacordul cu realitatea obiectivă logică; dezorganizarea vieţii psihice prin incoerenţă, discordanţă şi autism. Rezultă de aici două atitudini privind modul de interpretare a delirului, şi anume:

1. Delirul este un fenomen psihopatologic elementar, reductibil la o idee, o eroare, un sentiment, o intuiţie, considerat ca un fenomen primar ireductibil la o altă tulburare decât cea pe care o reprezintă (K. Schneider, G. de Clérambault).
2. Delirul este rezultatul unei modificări globale şi complexe a structurii personalităţii, având două aspecte:
   - o structură de tip negativ (dezorganizarea structurii conştiinţei şi a persoanei);
   - o structură de tip pozitiv (trăirea delirantă).

Vom analiza în continuare aceste aspecte psihopatologice legate de grupa psihozelor endogene delirante. Cadru nosologic complex şi de un mare polimorfism, aşa cum spuneam, el cuprinde următoarele aspecte:

a) grupa schizofreniilor;
b) grupa delirurilor sistematizate cronice;
c) psihozele endogene atipice.

Schizofrenia

E. Bleuler (1911), care a sistematizat şi a descris *schizofrenia*, dă acestei psihoze endogene următoarea definiţie: „Prin termenul «demenţă precoce» sau «schizofrenie» este desemnat grupul de psihoze a căror evoluţie clinică este uneori cronică, uneori marcată de atacuri intermitente şi care poate să apară sau să retrocedeze în oricare dintre stadiile sale de evoluţie, fără a permite însă o *restitutio ad integram* deplină".

Caracteristica fundamentală a acestei psihoze este o disociere a funcţiilor psihice, precum şi impresia că personalitatea bolnavului îşi pierde unitatea, iar întregul complex psihic nu se mai combină într-un conglomerat omogen şi unificat totodată, care caracterizează persoana umană.

Disocierea intrapsihică şi starea de *discordanţă* exterioară a bolnavului în raport cu lumea sunt caracteristici specifice psihozei schizofrenice, fapt care i-a făcut pe unii autori să o compare, simbolic, cu „o orchestră fără dirijor".

În ceea ce priveşte manifestările psihopatologice specifice grupului psihozelor schizofrenice, A. Porot distinge următoarele aspecte, care sunt considerate „forme clinice" în acest cadru nosologic:

a) *schizoidia*: tipul de constituţie mintală reprezentând terenul predispus, însă neobligatoriu pentru dezvoltarea clinică a schizofreniei;
b) *schizomania*: forma minoră de schizofrenie, cu evoluţie clinică în bufeuri episodice şi care se prezintă sub forma unor reacţii de inadaptare la o anumită situaţie de viaţă (H. Claude);
c) *schizonoia*: tendinţa generală la discordanţă între atitudinea pe care un individ caută, în mod conştient, să o adopte în viaţă şi activitatea sa psihică inconştientă, care îi este opusă (Pichon);
d) *schizopatia*: totalitatea tendinţelor constituţionale ale unui subiect suscitând reacţii de acest tip destul de pronunţate, fără ca totuşi să se constituie într-un proces morbid în ceea ce priveşte evoluţia sa clinică (E. Bleuler);
e) *schizofazia*: o formă particulară de disociaţie a limbajului, caracteristică bolnavilor de schizofrenie (E. Kraepelin);
f) *schizofrenia*: psihoza schizofrenică propriu-zisă, aşa cum a fost ea descrisă şi sistematizată de E. Bleuler.

Aspecte psihopatologice

Majoritatea specialiştilor sunt de acord în a recunoaşte, din punct de vedere psihopatologic, existenţa a două grupe principale de tulburări, cu valoare simptomatică, în sfera schizofreniei : simptomele esenţiale, constante, şi simptomele inconstante.

1. Simptomele esenţiale, constante :
 a) Disociaţia intrapsihică, ce constă în pierderea armoniei şi a continuităţii oricărei activităţi psihice în toate domeniile (gândire, limbaj, afectivitate, voinţă, tendinţe, comportament) şi care se manifestă prin următoarele :
  - inhibiţie, blocaj, negativism ;
  - activitate impulsivă sau explozivă, stereotipă sau automată, ludică, manieristă, teatrală etc. ;
  - pasivitate, sugestibilitate şi mimetism ;
  - dedublarea personalităţii.
 b) Disocierea între Eul bolnavului şi lumea externă, caracterizată, în primul rând, prin pierderea contactului vital cu realitatea şi polarizarea exclusivă a bolnavului pe viaţa sa interioară, realizând forma de existenţă autistă, de „închidere în sine patologică" (E. Minkowski). În domeniul vieţii afective remarcăm dezinteres, inerţie, apatie.
2. Simptome inconstante :
 a) Sindromul catatonic, reprezentat prin :
  - inhibiţie, blocaj, negativism ;
  - activitate impulsivă sau stereotipă ;
  - pasivitate, sugestibilitate şi mimetism.
 b) Delir, caracterizat prin următoarele aspecte :
  - incoerenţă ;
  - organizare paralogică de tipul gândirii onirice ;
  - tulburări de comportament.
 c) Halucinaţii auditive, cenestezice sau fenomene de automatism mintal.

La cele două grupe de simptome psihopatologice specifice schizofreniei menţionate mai sus, se adaugă şi un grup de *simptome fizice*, din sfera somatică. Acestea au suscitat interesul specialiştilor, dar au generat şi controverse, întrucât revelează mecanisme care aduc în discuţie relaţia *somatic-psihic* în psihopatologia psihozelor în general, cu specificitate, în acest caz, pentru schizofrenie.

Cel mai important şi mai frecvent aspect din seria la care facem referire este relaţia dintre *tuberculoza pulmonară* şi *schizofrenie*. Frecvenţa tuberculozei pulmonare la bolnavii psihic, în special la cei cu evoluţie clinică îndelungată din spitalele de psihiatrie pentru cronici, a fost semnalată de Esquirol şi, ulterior, de Hagen şi de Brouardel. Ulterior, Chartier (1899) şi Letulle (1900) au consacrat studii clinice aprofundate acestui aspect.

Heimann este cel care se ocupă în mod special de relaţia dintre tuberculoza pulmonară şi psihozele schizofrenice. Pentru acesta, „tuberculoza nu este numai efectul, ci poate fi chiar cauza psihozelor", subliniind în felul acesta relaţia dintre tuberculoză şi schizofrenie. El remarcă faptul că bolnavii schizofrenici sunt predispuşi la tuberculoză pulmonară, la fel cum tuberculoşii pot face schizofrenie. Interesant este însă faptul că

apariţia tuberculozei estompează tabloul clinic al schizofreniei, la fel cum acutizarea psihozei schizofrenice este urmată de o scădere a evoluţiei clinice a tuberculozei.

În teza sa de doctorat, Chartier (1899) stabileşte următoarele corelaţii între evoluţia clinică a tuberculozei şi psihozele schizofrenice:

- schizofrenia poate apărea în cursul evoluţiei tuberculozei;
- ea alternează cu puseurile tuberculoase şi poate constitui un fel de „echivalenţe tuberculoase" ale schizofreniei;
- psihoza apare, se dezvoltă şi evoluează, de preferinţă, la un individ atins de tuberculoză latentă din punct de vedere clinic;
- se consideră că tuberculoza poate avea un rol etiologic deosebit de important în cazurile hebefreno-catatonice ale schizofreniei.

Deşi relaţia dintre tuberculoză şi schizofrenie ocupă un loc important, mai sunt semnalate şi alte simptome somatice în cursul evoluţiei clinice a acestei psihoze: tulburări endocrine tiroidiene sau ovariene, tulburări de metabolism şi neurovegetative.

Aşa cum se poate deduce din cele de mai sus, schizofrenia se caracterizează, din punct de vedere psihopatologic, printr-un mare polimorfism al tulburărilor sale, pe care le vom prezenta în continuare.

1. *Tulburările de gândire* sunt reprezentate prin prezenţa la această categorie de bolnavi a *ideilor delirante*, multiple, fragmentare, de regulă nesistematizate, cu tematică de urmărire, influenţă etc.

   Un loc aparte în această categorie de tulburări îl reprezintă fenomenele de automatism mintal sau „sindromul Kandinski-Clérambault", reunind tulburări de gândire şi de limbaj interior, halucinaţii auditive şi automatisme motorii şi senzitive. La acestea se mai adaugă tulburările de limbaj (schizofazia şi glosolalia), precum şi alte tulburări de expresie (scris, desen, mimică etc.).
2. *Tulburările de percepţie* sunt constante şi presupun *halucinaţii* auditive sau cenestezice penibile, ameninţătoare, cu un caracter ostil şi injurios la adresa bolnavului.
3. *Tulburările afective* sunt frecvente şi specifice în cursul evoluţiei clinice a schizofreniei. Ele constau în afectivitate plată, ştearsă sau inadecvată. Prezintă ambivalenţă afectivă sau răceală.
4. *Conştiinţa de sine* este alterată profund prin pierderea de către bolnav a limitelor propriului Eu. Se menţionează o stare de perplexitate în legătură cu propria identitate, pierderea interesului pentru propria persoană şi pentru sensul existenţei sale. Tot aici trebuie incluse şi tulburările de schemă corporală şi ale imaginii de sine a bolnavilor.
5. *Voinţa* este şi ea afectată. Se notează apatie, abulie, pierderea iniţiativei, lipsa de orientare către un scop precis. Abulia este atât de frecventă şi vizibilă, încât unii autori au numit schizofrenia chiar „demenţă apato-abulică", deşi acest termen nu desemnează decât un sector psihopatologic al acestei psihoze.
6. *Comunicarea şi relaţia cu lumea exterioară* bolnavului sunt şi acestea alterate. Minkowski a vorbit despre „pierderea contactului vital cu realitatea". Bolnavul schizofrenic se izolează, manifestă o formă particulară de „închidere în sine" patologică, de factură autistă.
7. *Tulburările din seria psihomotoare* sunt de regulă reunite în sindromul catatonic şi constau în următoarele: stupoarea catatonică, rigiditatea catatonică, postura catatonică şi negativismul motor.

8. *Tulburările de personalitate* ale bolnavilor schizofrenici sunt constante şi specifice. Ele au un mare polimorfism şi constau din următoarele:
   - grimase, manierisme, bizarerii;
   - dedublarea personalităţii cu tulburări de imagine corporală şi de identitate a Eului personal;
   - fenomene de tranzitivitate;
   - halucinaţii autoscopice externe;
   - heautoscopia sau impresia unei imagini „a dublului său" în afară;
   - halucinaţii endoscopice.

Formele clinice

Clasificarea formelor clinico-psihiatrice ale schizofreniei este diferită în funcţie de atitudinea diferiţilor specialişti faţă de această psihoză cu un caracter extrem de complex.

Printre primii care ne oferă o clasificare a formelor de schizofrenie este E. Kraepelin (1913), care descrie opt forme clinice:

a) demenţa simplă;
b) hebefrenia;
c) demenţa depresivă simplă sau stuporoasă;
d) demenţa depresivă cu idei delirante;
e) forme clinice cu stări de agitaţie gravă şi prelungită, în care sunt incluse următoarele:
   - forma circulară;
   - forma agitată;
   - forma periodică;
f) catatonia;
g) formele paranoide;
h) confuzia verbală sau schizofazia.

K. Leonhard (1957), făcând un studiu extrem de amănunţit al psihozei schizofrenice, descrie 22 de forme clinice, grupate în două clase principale:

I. Schizofreniile nesistematice, care cuprind următoarele forme clinice:
1. schizofrenia afectivă;
2. schizofazia;
3. catatonia periodică.

II. Schizofreniile sistematice, care cuprind următoarele forme:
1. schizofreniile sistematizate simplu:
   a) formele catatonice:
      - parachinetică;
      - manieristă;
      - proschinetică;
      - negativistă;
      - cu impuls spre vorbire;

b) formele hebefrenice:
- prostească;
- bizară;
- plată;
- autistă;

c) formele paranoide:
- parafrenia ipohondriacă;
- parafrenia fonemică;
- parafrenia incoerentă;
- parafrenia fantastică;
- parafrenia confabulatorie;
- parafrenia expansivă.

2. schizofreniile sistematizate combinat:
   a) catatoniile sistematizate combinat;
   b) hebefreniile sistematizate combinat;
   c) parafreniile sistematizate combinat.

Cea mai amănunţită formă de clasificare a schizofreniei, cea propusă de K. Leonhard, e destul de greoaie şi dificil de manipulat, motiv pentru care este puţin utilizată. Ea reprezintă mai mult un model analitic de clasificare a formelor clinice de schizofrenie decât un instrument de orientare.

O interesantă clasificare este cea propusă de DSM-II-R, care reţine cinci forme clinice de schizofrenie, aşa cum se poate vedea mai jos:

1. *Tipul catatonic* este forma în care predomină tulburările psihomotoare din seria sindromului catatonic (stupoarea, negativismul, rigiditatea, excitaţia, atitudinea catatonică).
2. *Tipul dezorganizat* este forma clinică în care se notează următoarele tulburări: incoerenţa, relaxarea marcată a asociaţiilor, comportamentul evident dezorganizat, afectul plat sau flagrant inadecvat.
3. *Tipul paranoia* se caracterizează prin prezenţa halucinaţiilor auditive şi a ideilor delirante asociate acestora, cu caracter sistematizat sau nesistematizat.
4. *Tipul nediferenţiat* este acela în care simptomele psihotice predominante sunt următoarele: idei delirante, halucinaţii, incoerenţă, comportament flagrant dezorganizat.
5. *Tipul rezidual* se caracterizează prin obtuzie emoţională, retragere socială, comportament de tip excentric, gândire ilogică, uneori prezenţa ideilor delirante sau a unor halucinaţii nepredominante şi neînsoţite de un afect puternic.

Personal, am preferat, din motive didactice, dar şi de ordin practic, să utilizăm o clasificare a formelor clinice de schizofrenie care să aibă un caracter cât mai cuprinzător, atât teoretic, cât şi practic. În sensul acesta, se descriu următoarele nouă forme de schizofrenie:

1. *Schizofrenia paranoidă*, al cărei tablou clinico-psihiatric este caracterizat prin prezenţa unui sindrom delirant-halucinatoriu destul de bine sistematizat tematic, prezenţa sindromului de automatism mintal Kandinski-Clérambault şi bizarerii.
2. *Schizofrenia catatonică* se caracterizează prin următoarele manifestări psihopatologice:
   - tulburări din seria sindromului catatonic (agitaţie, stupoare, imobilitate, negativism, stereotipii, perseverare);

- autism;
- idei delirante ipohondriace;
- sărăcire afectivă.

3. *Schizofrenia hebefrenică* prezintă următoarele caracteristici psihopatologice:
   - tulburări afective de tip maniacal;
   - comportament verbal moriatic;
   - tendinţă la preocupări abstracte, inadecvate vârstei şi nivelului de instrucţie intelectuală;
   - precocitate;
   - depresie şi anxietate;
   - preocupări ipohondriace;
   - stare de disforie.
4. *Schizofrenia simplă* se caracterizează prin următoarele aspecte:
   - sărăcire până la totala pustiire a vieţii psihice;
   - scăderea notabilă a capacităţii intelectuale;
   - tendinţă la izolare;
   - inversiune afectivă.
5. *Schizofrenia ipohondriacă* este caracterizată prin existenţa unui delir ipohondriac asociat cu cenestopatii şi o stare de anxietate din partea bolnavului.
6. *Formele recurente* sau periodice ale schizofreniei, cu caracter intermitent, mixte sau atipice, se caracterizează prin următorul tablou psihopatologic:
   - scăderea atenţiei, iniţiativei şi energiei psihice;
   - îngustarea sferei intereselor;
   - sărăcire afectivă, autism şi bizarerii.
7. *Formele pseudonevrotice* ale schizofreniei cuprind în tabloul lor clinic următoarele tulburări psihopatologice:
   - elemente astenice;
   - elemente din seria manifestărilor isterice;
   - preocupări obsesive;
   - tulburări afective;
   - bizarerii şi tendinţă la izolare morbidă.
8. *Schizofrenia tardivă*, care apare după 40-45 de ani, este un aspect clinico-nosologic discutabil, contestat de unii specialişti.
9. *Schizofrenia grefată* este acel tablou clinic de alură schizofrenică, dezvoltându-se pe fondul mintal al unei oligofrenii, fiind cunoscută şi sub denumirea de hebefrenie grefată.

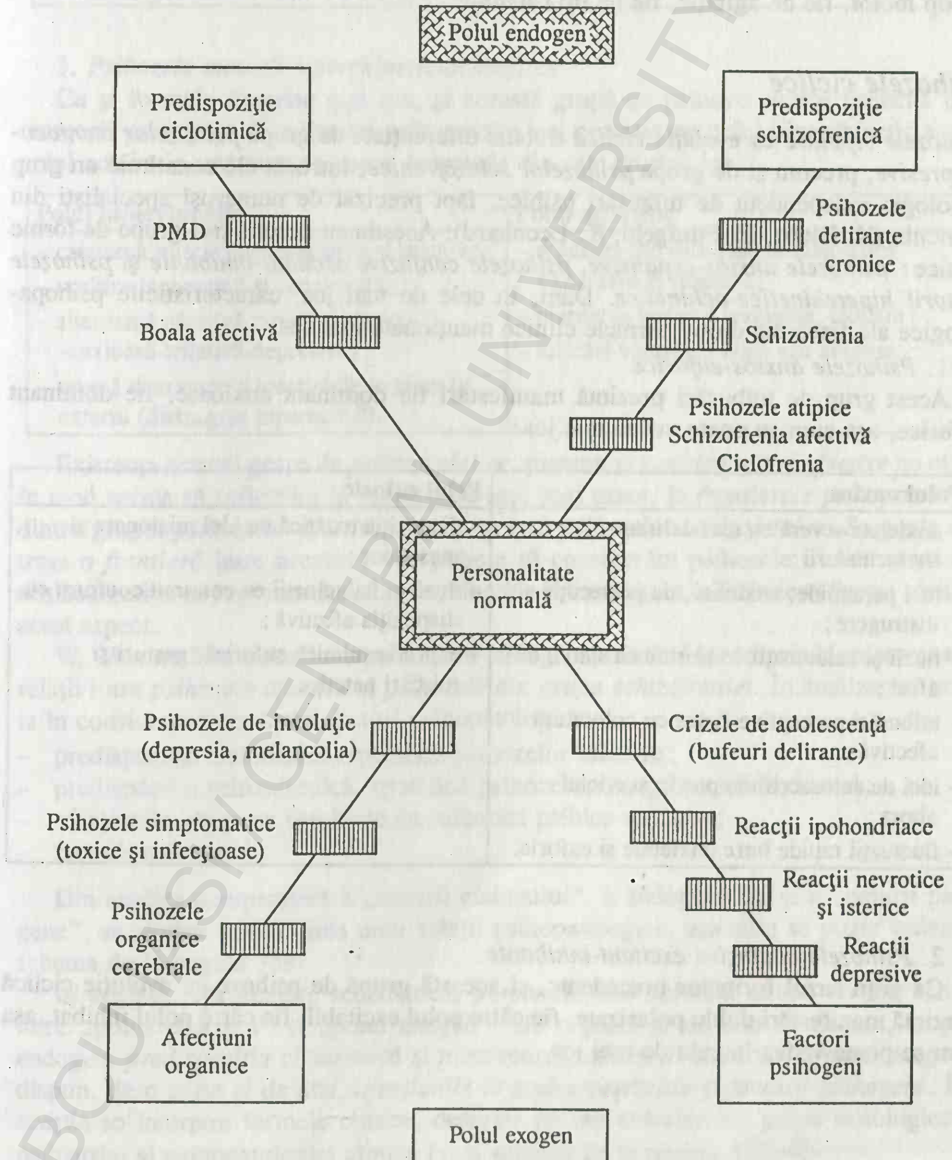
Schizofrenia afectivă

Deşi considerate de E. Kraepelin entităţi clinico-psihiatrice diferite şi bine individualizate, *psihozele afective* şi *psihozele schizofrenice* se întâlnesc în multe privinţe în sfera psihopatologică recunoscută în prezent ca o entitate nosologică bine conturată – schizofrenia afectivă sau grupa *psihozelor schizoafective*.

În comparaţie cu psihozele afective şi cu schizofrenia, psihozele schizoafective sunt mult mai rar întâlnite. În cazul lor, se pune în discuţie conceptul de *psihoză mixtă*.

Din punct de vedere psihopatologic, psihozele schizoafective împrumută atât simptomele maniei sau ale melancoliei, cât şi pe cele ale schizofreniei (catatonie, structuri delirant-paranoide, halucinaţii etc.).

Existenţa psihozelor mixte, schizoafective, este o dovadă a faptului care pledează în favoarea naturii endogene a acestui tip de tulburări psihice. Există, în felul acesta, tendinţa de a reuni în cadrul aceluiaşi grup nosologic al *psihozei unice* toate psihozele endogene.



Unii autori vorbesc despre psihozele delirante ciclice, de tipul *ciclofreniei* (Al. Obregia), care sunt, de fapt, psihoze endogene schizoafective, în raport cu „psihozele endogene unice", concept asupra căruia vom mai reveni.

R. Tölle, când se referă la *psihozele ciclice*, înţelege următoarele forme ciclice:

1. *Psihozele anxioase şi de extaz*, în care intră psihoza anxioasă pură şi psihoza paranoidă anxioasă.
2. *Tulburările de paralizie a excitaţiei*, în care domină, din punct de vedere psihopatologic, tulburările de gândire, fie de tip maniacal-disociat, fie de tip inhibat.
3. *Psihozele de motilitate hiperchinetice şi achinetice*, în care predomină tulburările de tip motor, fie de agitaţie, fie de tip catatonic.

Psihozele ciclice

Psihozele bipolare cu evoluţie ciclică trebuie diferenţiate de grupa *psihozelor maniaco--depresive*, precum şi de grupa *psihozelor schizofrenice*, întrucât ele constituie un grup nosologic independent de tulburări psihice, fapt precizat de numeroşi specialişti din domeniu (K. Kleist, E. Fünfgeld, K. Leonhard). Aceştia au descris trei grupe de forme clinice: *psihozele anxios-expansive*, *psihozele confuzive excitant-inhibante* şi *psihozele motorii hiperchinetice-achinetice.* Dăm, în cele de mai jos, caracteristicile psihopatologice ale fiecăreia dintre formele clinice menţionate mai sus.

1. *Psihozele anxios-euforice*

Acest grup de tulburări prezintă manifestări fie dominant anxioase, fie dominant euforice, aşa cum se poate vedea mai jos:

Polul anxios	**Polul euforic**
– anxietate severă cu idei delirant--halucinatorii; – idei paranoide, anxioase, de persecuţie şi distrugere; – iluzii şi halucinaţii conforme cu starea de afect; – tulburări perceptive fizice cu coloratură afectivă; – idei de autosacrificiu pus în serviciul altora; – fluctuaţii rapide între anxietate şi euforie.	– dispoziţie extatică cu idei misionare şi mesianice; – iluzii şi halucinaţii cu conţinut conform cu dispoziţia afectivă; – expresie mimică euforică, gesturi şi mişcări patetice.

2. *Psihozele confuzive excitant-inhibante*

Ca şi în cazul formelor precedente, şi această grupă de psihoze cu evoluţie ciclică prezintă manifestări dublu polarizate, fie către polul excitabil, fie către polul inhibat, aşa cum se poate vedea în cele de mai jos.

Polul excitabil	Polul inhibat
– gândire incoerentă cu logoree; – incoerenţa alegerii subiectului, digresiuni; – dificultăţi tranzitorii de recunoaştere a persoanelor; – delir de interpretare; – fluctuaţii anxioase şi euforice ale dispoziţiei afective de o intensitate mai scăzută decât în cazul psihozelor anxios-euforice.	– inhibiţia gândirii cu perplexitate; – perplexitate ideativă a semnificaţiilor (percepţie delirantă); – delir de interpretare cu perplexitate; – iluzii şi halucinaţii.

3. *Psihozele motorii hiperchinetic-achinetice*

Ca şi formele descrise mai sus, şi această grupă de psihoze ciclice prezintă două categorii principale de tulburări psihopatologice, centrate pe polul hiperchinetic sau pe polul achinetic, aşa cum se poate desprinde din cele de mai jos:

Polul hiperchinetic	Polul achinetic
– creşterea mişcărilor expansive şi reactive; – vorbire incoerentă şi ocazională; – alternanţă afectivă rapidă (ridicată-anxioasă-iritativă-depresivă); – severă distragere a atenţiei de la stimulii externi (distragere hiperactivă).	– scăderea sau diminuarea mişcărilor expansive şi reactive; – pierderea vorbirii spontane, mutism; – mişcări voluntare lente sau absente.

Existenţa acestei grupe de *psihoze ciclice*, precum şi a *schizofreniei afective* ne obligă în mod serios să reflectăm la raporturile sau, mai exact, la *frontierele psihopatologice* dintre grupul *psihozelor afective pure* şi grupul *psihozelor schizofrenice.* Se poate oare trasa o *frontieră* între acestea? Nu trebuie să considerăm psihozele ciclice şi pe cele schizoafective ca reprezentând forme psihotice intermediare? Trebuie reflectat serios la acest aspect.

W. Walcher face o analiză a psihozelor endogene, căutând să desprindă existenţa unor relaţii între *psihozele afective* şi *psihozele din grupa schizofreniei*. În analiza sa, acesta ia în considerare următorii factori psihopatologici:

- predispoziţia ciclotimică, specifică psihozelor afective;
- predispoziţia schizofrenică, specifică psihozelor din grupa schizofreniei;
- afecţiunile organice cerebrale cu tulburări psihice asociate;
- factorii psihogeni.

Din analiza comparativă a „naturii endonului", a endogenităţii şi a „naturii psihogene", se ajunge la stabilirea unor relaţii psihopatologice, aşa cum se poate vedea din schema de la pagina 359.

În această reprezentare schematică, *personalitatea normală* ocupă un loc central, între „polul endogen" şi „polul exogen". De o parte şi de alta se dispun, la polul endogen, *predispoziţia ciclotimică* şi *predispoziţia schizofrenică*, iar la polul exogen se dispun, de o parte şi de alta, *afecţiunile organice cerebrale* şi *factorii psihogeni*. Între aceştia se interpun formele clinice, descrise de noi anterior, ca grupe nosologice ale psihiatriei şi psihopatologiei clinice (vezi schema de la pagina 359).

29. Psihozele endogene IV (Psihozele delirante cronice sistematizate, simple sau halucinatorii)

Cadrul psihopatologic general

Psihozele delirante cronice cu caracter sistematizat, simple sau halucinatorii, completează sfera psihozelor endogene. Caracteristica lor psihopatologică esenţială este *gândirea delirantă*, la care se pot asocia sau de la care pot lipsi halucinaţiile.

Ori de câte ori apare o eroare în percepţii şi judecată, spiritul emite idei false. *Ideile false* devin *idei delirante* când sunt în opoziţie flagrantă cu realitatea sau ne şochează în mod evident. O idee delirantă care se menţine, neputând fi cu nimic combătută, constituie un *delir.* Gândirea delirantă este o *gândire dereistă*, întrucât contravine realităţii şi logicii (P. Guiraud).

J. Séglas apropie *eroarea* de *delir.* Gelma susţine însă faptul că nu se poate face o distincţie netă, după nişte criterii precise, între eroare şi delir, formele de tranziţie dintre acestea fiind foarte imprecise sau chiar destul de greu de surprins. Se admite, cu toate acestea, că atributele delirului sunt următoarele :

- contradicţie internă ;
- ireductibilitate funciară ;
- desocializare a gândirii morbide ;
- natură autistică ;
- tematică şi verbalism specifice.

După K. Jaspers, delirul este caracteristica de bază a bolilor psihice şi una dintre temele majore ale psihopatologiei. El este o idee greşită cu un caracter ferm, implantată la bolnav şi care nu poate fi corectată cu nici un fel de contraargument.

Rezultă din cele de mai sus faptul că definirea delirului ca fenomen psihic morbid este destul de dificil de făcut. Vom încerca, în continuare, să-i delimităm cadrul psihopatologic.

Delirul se prezintă ca o tulburare intelectuală, ca o formă particulară de dezordine a gândirii. În spatele acestei dezordini intelectuale există aproape întotdeauna o alterare profundă a psihismului şi a personalităţii, o veritabilă stare morbidă generală care este *starea delirantă*. Ea poate fi acută sau cronică, trecătoare sau durabilă. Din punct de vedere psihopatologic, delirul prezintă două aspecte : *ideile şi temele delirante*, *stările delirante.* Y. Pelicier defineşte delirul în felul următor : „Delirul este adesea un fel de ipoteză care a luat o întorsătură greşită, asumându-şi în mod ilegal statutul de gândire”.

Rezultă din cele de mai sus faptul că delirul este legat de „procesele de gândire”, mai exact, de „cunoaştere”. Referitor la formele de cunoaştere, în raport direct cu realităţile empirice, K. Jaspers distinge două aspecte:

- *cunoaşterea empirică*, proprie realităţii empirice, obiective;
- *cunoaşterea metafizică*, proprie realităţii metafizice sau transobiective.

Fiecăreia dintre aceste realităţi îi sunt proprii forme de cunoaştere „adevărată” sau „eronată”, după cum urmează:

- în sfera realităţii empirice, *delirul* este manifestarea patologică a cunoaşterii, aşa cum eroarea este o deviere nepatologică a cunoaşterii;
- în sfera realităţii metafizice, *credinţa* se află la polul opus în raport cu superstiţia.

Caracteristicile psihopatologice ale delirului

Delirul este un fenomen psihopatologic primar. El este o formă de cunoaştere şi interpretare răsturnată a realităţii prin faptul că este o alterare a judecăţii logice. Termenul „delir” are mai multe niveluri sau grade de semnificaţie:

- o convingere fermă, extraordinară pentru bolnav;
- o certitudine personală, subiectivă;
- este imprevizibil în raport cu celelalte experienţe ale bolnavului;
- conţinutul său tematic este inacceptabil, imposibil în raport cu realitatea logică;
- are un caracter ireductibil, fiind imposibil de corectat cu argumente logice.

Din punct de vedere metodologic, delirul poate fi considerat sub mai multe aspecte:

- din punct de vedere *fenomenologic*, ca o experienţă;
- din punctul de vedere al *performanţelor psihologice*, ca o tulburare de gândire;
- în sens *psihopatologic*, ca o creaţie mintală morbidă;
- în raport cu *psihobiografia bolnavului*, ca un accident ontologic sau ca o stare de regresiune.

J. Sutter a arătat că un delir nu apare niciodată în mod spontan, ci este precedat în evoluţia sa de o stare predelirantă, în cursul căreia se pregăteşte „geneza delirului”. Aceasta este „anticipaţia delirantă”. Pentru E. Hy, în geneza delirului sunt implicate două elemente care stau în mod obişnuit la baza cunoaşterii:

- experienţa realităţii, trăită de persoană ca istorie individuală;
- construcţia logică a realităţii lumii sub specia valorilor de adevăr.

Conceptele de *realitate* şi de *cunoaştere logică* a realităţii stau în centrul psihopatologiei delirului. *Delirul* este expresia unei rupturi a raporturilor dintre persoană şi realitate. J. Sutter spune că „fiecare persoană are în ea tot ceea ce-i trebuie pentru a putea construi un delir”. Se poate vorbi deci, în acest caz, despre o *potenţialitate delirantă*.

Etapa intermediară între *gândirea logică* şi *gândirea delirantă* este ceea ce J. Sutter a numit „anticipaţia delirantă”. În cadrul acesteia, J. Sutter include trei forme „predelirante”:

- *delirul de vis*, în cursul căruia realitatea nu mai este percepută cu claritate;

- *delirul trăit* sau „bufeurile delirante”, considerate ca „experienţe delirante primitive” de către K. Jaspers sau ca „momente fecunde” de către H. Ey;
- *delirul construit* este o formă de cunoaştere falsă, aparent logică şi care are valoare de convingere fermă pentru bolnav.

În ceea ce priveşte structura delirului, se discută două aspecte: ideile şi temele delirante; stările şi experienţele delirante. Să le urmărim în continuare.

Ideile şi temele delirante pot avea o tematică unică sau multiplă.

Ideile delirante polimorfe sunt caracterizate prin faptul că au o tematică multiplă şi disparată.

Ideile delirante sistematizate prezintă o tematică unică, precisă şi sunt bine organizate.

Temele ideilor delirante pot fi sintetizate în trei grupe principale:

a) *idei de persecuţie*, de prejudiciu moral, social, profesional, influenţă corporală sau psihică, idei de relaţie;
b) *idei de satisfacţie şi grandoare* (megalomanie) ce exprimă ambiţia, superioritatea intelectuală sau fizică, puterea, bogăţia, misticismul, gelozia, idei reformatoare sau mesianice;
c) *ideile delirante melancolice*, cu o tonalitate afectivă depresivă, tristă, penibilă, idei de autoacuzare, ruină, negaţie, de inferioritate sau de culpabilitate.

În ceea ce priveşte mecanismul ideilor delirante, modul de formare şi dezvoltare a structurilor delirante, se disting mai multe aspecte psihopatologice:

a) percepţia delirantă sau delirul halucinatoriu, reprezentând o percepţie anormală, halucinatorie;
b) interpretarea delirantă, expresie a falsităţii gândirii care interpretează ca fenomene reale şi acceptabile moral aspecte contrare adevărului şi imorale;
c) intuiţia delirantă – interpretarea delirantă a realităţii în virtutea unor tendinţe proprii bolnavului;
d) fabulaţia sau delirul de imaginaţie, cu caracter productiv.

H. Ey consideră că ideile delirante nu pot fi separate de ansamblul personalităţii bolnavului, de structura sa mintală, de experienţele trăite de acesta, de viaţa sa afectivă. Toate aceste aspecte contribuie la formarea convingerii delirante a bolnavului respectiv, în virtutea lor ordonându-se reacţiile, acţiunile şi comportamentul acestuia. În cadrul stărilor delirante, H. Ey distinge următoarele două aspecte:

a) *experienţele delirante* acute, care reprezintă o disoluţie de diferite grade, temporară, a personalităţii şi conştiinţei, cu eliberarea unor imagini similare celor din cursul visului;
b) *organizările delirante cronice* ale personalităţii, în care sunt incluse următoarele aspecte:
   - o anumită predispoziţie ereditară;
   - cronicizarea unui episod oniric;
   - o tulburare primară a personalităţii bolnavului.

În ceea ce priveşte etiopatogenia delirurilor cronice, A. Porot menţionează următoarele puncte de vedere:

- concepţia psihogenetică conform căreia delirul derivă dintr-o atingere mai profundă şi mai greu de explicat a personalităţii bolnavului;

- concepţiile organogenetice, biologice şi dinamice (ca în cazul „automatismului mintal"), când delirul este considerat o producţie parazitară a unor factori afecto-perceptivi.

Ne vom ocupa în continuare de problema clasificării psihopatologice a delirurilor cronice sistematizate.

Clasificarea delirurilor

Orice clasificare a delirurilor se loveşte de concepţiile psihopatologice ale autorilor respectivi. Din aceste considerente, există mai multe puncte de vedere. De regulă, în ceea ce priveşte clasificarea delirurilor, se au în vedere două aspecte principale : pe de o parte, aspectul *structural*, care consideră delirul drept o tulburare logică a gândirii, iar pe de altă parte, aspectul conţinutului *tematic* al acestuia, în care se reflectă în mod dominant raţionamentul delirant-ilogic al bolnavului. Acesta din urmă constituie şi criteriile conform cărora sunt desemnate formele clinice ale delirurilor.

Referindu-se la *structura delirului*, P. Berner distinge trei categorii specifice, după cum urmează :

1. Grupa de pereche *logic-paralogic* se referă la faptul că două elemente de judecată exprimate corespund sau nu unei gândiri logice.
2. În grupa *organizat-neorganizat* se urmăreşte a se constata cât de mult este cuprins delirul într-o construcţie de tip sistematizat sau nesistematizat.
3. Ultima grupă a delirurilor se referă la *raporturile cu lumea* : în cazul delirului sistematizat, lumea reală este reinterpretată, în sensul problematicii persecutat-persecutor ; acestea sunt numite de Heinrich „comunicări encletice ale mediului înconjurător". În forma „juxtă", este vorba de învecinarea lumii reale cu universul delirant al bolnavului, în cazul delirului autist orice contact cu lumea realităţii externe fiind complet suprimat.

Aceste aspecte sunt reprezentate schematic în tabelul de mai jos, privind „reprezentarea schematică a structurii elementelor constitutive ale delirului în sindroamele paranoide şi paranoice".

		Sindrom paranoic pur	Sindrom paranoic	Sindrom parafrenic sistem	Sindrom parafrenic nesistem
Structură polarizată paralogic sau delirant-nesistematizată		■			■
Structură juxtapusă sau autistă	logic-neorganizat	■			■
	paralogic-organizat	■			■
	logic-organizat		■	■	
Elementele constitutive ale delirului	interpretări				
	amintiri false	■	■	■	■
	trăiri rigide	■	■	■	■
	disestezii	■	■	■	■
	intuiţie delirantă			■	■
	idei de influenţă			■	■
	tranzitivism			■	■
	negarea persoanei			■	■
	iluzii			■	■
	halucinaţii			■	■
	fabulaţii			■	■

Reprezentarea schematică a structurii elementelor constitutive ale delirului în sindroamele paranoide şi paranoice

A. Porot preferă o clasificare a delirurilor după criteriul evoluţiei clinice şi al originii acestora. În sensul acesta, se disting trei grupe principale de deliruri :

1. *Delirurile cronice de aparenţă primitivă*, în care sunt incluse :
   a) delirul de interpretare (Sérieux şi Capgras) ;
   b) delirul paranoic de persecuţie sau revendicativ ;
   c) delirul de imaginaţie (Dupré) ;
   d) delirul halucinatoriu de influenţă ;
   e) delirul cu bază afectivă (pasional, erotomaniac).
2. *Deliruri cronice secundare şi reziduale*, cuprinzând următoarele :
   a) delirul postconfuzo-oniric (toxic, infecţios) ;
   b) delirul cronic al alcoolicilor ;
   c) delirul postencefalitic ;
   d) delirurile secundare din cursul PGP.

3. *Delirurile cronice cu bază demenţială*, cuprinzând următoarele forme:
a) demenţele paranoide;
b) parafreniile.

Un alt tip de clasificare a delirurilor, cel mai utilizat, are în vedere tematica acestora. Tematica delirurilor este importantă atât în ceea ce priveşte diagnosticul clinic al acestora în scopul precizării cadrului psihozei, cât şi din punct de vedere psihopatologic. Din aceste considerente, vom acorda în continuare o atenţie deosebită analizei *tematicilor delirante*, aşa cum sunt ele întâlnite în literatura ştiinţifică de specialitate la majoritatea autorilor (R. Tölle, P. Berner, H.J. Weitbrecht, Genil-Perrin, E. Kretschmer, N. Retterstol, H. Ey).

1. *Delirul de relaţie*

În cazul acestui tip de delir, bolnavul consideră că lucrurile petrecute în jurul său sunt îndreptate împotriva sa, interpretând în mod ostil totul (emisiuni TV, radio, articole de ziar etc.). El consideră că toate sunt legate de persoana sa, iar această convingere se extinde la întreaga societate. Acest tip de delir este frecvent întâlnit în schizofrenie. A fost studiat de R. Gaupp, E. Kretschmer („delirul senzitiv de relaţie"), K. Jaspers, S. Freud.

Delirul senzitiv de relaţie are la bază o triadă reprezentată prin caracterul, viaţa şi mediul bolnavului. Caracterul are o structură personală de tip senzitiv, cu reţineri afective, contraste între astenie şi stenie, fragilităţi afective cu tendinţă la răzbunare, impulsiuni sexuale. În general, este vorba de oameni inteligenţi, dar imaturi afectiv. Trăirile acestora favorizează dezvoltarea delirantă prin conflicte morale care pun individul într-o stare de inferioritate.

Rezumând, este vorba de un sentiment de culpabilitate în relaţiile bolnavului cu ceilalţi şi de o imaturitate afectivă cu dificultăţi de adaptare-integrare socială. Din acest motiv, circumstanţele pot favoriza declanşarea delirului.

2. *Delirul de persecuţie*

În acest caz, bolnavul vede ceea ce se petrece în jurul său şi interpretează aceste evenimente ca şi cum ar fi îndreptate împotriva sa. El devine suspicios, bănuind sau fiind chiar convins că cineva „din afară" vrea să-l facă să sufere, să-l minimalizeze, să-l distrugă. Delirul de persecuţie apare în cursul psihozelor presenile şi la paranoici.

3. *Delirul de urmărire*

În cazul acestei forme de delir, totul începe cu o stare de suspiciune nejustificată. Urmează apoi convingerea fermă că bolnavul este urmărit, că „a fost pregătit un complot sau o acţiune de distrugere" îndreptată împotriva sa. El intră într-o stare de tensiune anxioasă, crezând că va fi ucis cu otravă sau gaze toxice. Toţi oamenii din jurul său devin „urmăritori ostili", care nu fac altceva decât să-l supravegheze. Acest delir poate fi întâlnit, de regulă, în schizofrenie.

4. *Delirul erotic*

Este impresia delirantă a bolnavului de a fi iubit de persoane reale sau imaginare. El apare şi se dezvoltă în sfera relaţiilor erotice şi este mai frecvent la femei decât la bărbaţi. Bolnava se crede iubită de un anumit bărbat, care însă nu lasă să se vadă acest lucru. În general, aceste persoane nu se cunosc şi nu au avut niciodată nici un fel de relaţii directe şi personale. Bolnava este ferm convinsă de existenţa acestui sentiment din partea celuilalt.

5. *Delirul de gelozie*

Acest tip de delir apare în cadrul relaţiilor dintre doi parteneri care sunt, de regulă, căsătoriţi. Este mai frecvent la bărbaţi decât la femei. Bolnavul îşi suspectează partenera de infidelitate, necinste, chiar în absenţa oricăror dovezi. El îşi acuză soţia sau chiar o brutalizează pentru bănuieli absurde. Delirul de gelozie apare în schizofrenie, psihozele presenile, alcoolismul cronic.

6. *Delirul de grandoare*

Megalomania este forma de delir în cursul căreia pacienţii îşi supraestimează propria persoană, importanţa acesteia, capacităţile şi posibilităţile. Conţinutul delirului se poate manifesta în domeniul posibilităţilor sau poate rămâne numai ceva gândit. Bolnavii trec la reprezentări expresive de putere fizică gigantică, bogăţie nemăsurată, capacităţi şi planuri de a revoluţiona lumea, anunţă descoperiri importante. Ei cred că au o „chemare" sau că sunt „predestinaţi" realizării acestor scopuri nobile. Delirul apare la schizofrenici, în cursul evoluţiei clinice a psihozelor organice cerebrale, în stările crepusculare şi în PGP.

7. *Delirul de inferioritate*

Acesta este un delir cu o tematică şi un conţinut emoţional-afectiv opus delirului de grandoare. Bolnavul se înfăţişează slab, neputincios, un om de nimic, pierdut, putându-se ajunge la forma „delirului nihilist", în care acesta se va autonega total. El afirmă că nu mai există, că nu mai trăieşte, totul este numai o aparenţă înşelătoare, o inexistenţă. Este caracteristic melancoliei, schizofreniei şi psihozelor organice cerebrale.

Legat de această formă de delir, delirul ipohondriac este axat pe starea de sănătate, constând în impresia sau chiar convingerea delirantă de „a fi bolnav" sau de a suferi de afecţiuni cronice grave şi incurabile, cu un sfârşit fatal.

8. *Delirul expansiv-procesiv*

Această formă de delir pune în evidenţă o anumită structură psihică, caracterizată prin „tulburări de personalitate de tip procesiv". Aceşti indivizi acţionează puternic şi

conştient, fiind în acelaşi timp foarte sensibili şi suspicioşi, uşor de lezat, extrem de vulnerabili la frustrări. Unii dintre ei manifestă trăsături hipertimice.

Impulsiunea către o acţiune procesivă este legată de un eveniment prin care un anumit om se consideră nedreptăţit. În aprecierea mijloacelor de dovedire a cauzei pentru care luptă, el se arată lipsit de orice critică, ignorând absolut toate argumentele contrare. Caracteristicile psihopatologice ale acestui delir sunt următoarele :

- supraaprecierea propriului Eu ;
- o părere sau o convingere absolută în dreptatea proprie ;
- convingerea că este frustrat în drepturile sale ;
- luptă îndârjită împotriva celorlalţi, persoane sau instituţii, sau chiar împotriva întregii societăţi, pentru obţinerea „drepturilor" sale, chiar dacă acestea sunt absolut imaginare ;
- proiectarea asupra lumii şi a societăţii, considerate „nedrepte şi ostile", a propriilor probleme ;
- o luptă permanentă pentru stabilirea dreptăţii şi a spiritului de justiţie.

În configurarea acestui tip de delir au o mare importanţă structura personalităţii şi „încărcătura genetică", ce dă bolnavului o anumită predispoziţie pentru acest tip de construcţie şi conduită delirantă.

9. *Delirul surzilor*

Când înţelegerea prin comunicarea verbală este alterată, pot apărea situaţii de tip delirant. Acest delir apare ca o tulburare a relaţiilor interumane. Bolnavul înţelege greşit expresiile verbale, pe care le aude deformat sau numai pe jumătate, iar în spatele acestora începe să bănuiască observaţii greşite sau să creadă că este batjocorit. El va începe să interpreteze sau să creadă că anumite gesturi sunt îndreptate împotriva lui, considerându-se ţinta unor ironii sau chiar a unor uneltiri duşmănoase.

Adesea se constată faptul că bolnavul avea o personalitate premorbidă de tip sensibil, înclinată către suspiciuni. Acest delir apare mai ales la bătrâni şi în demenţele presenile.

10. *Delirul simbiotic*

Acesta se mai numeşte şi „delir în doi" (*folie à deux*). De regulă, un bolnav delirant se loveşte de o atitudine de neînţelegere, de respingere sau de ostilitate agresivă şi izolare din partea celor din jurul său.

Rareori însă, acest bolnav delirant găseşte acceptare din partea unei persoane apropiate din anturajul său, care începe să participe activ la viaţa delirantă a bolnavului, sfârşind prin a-şi însuşi convingerile acestuia. În cazul acesta, avem de-a face cu un „delir simbiotic", cu un „delir în doi" sau cu un „delir indus".

Acest delir comunicativ are la bază un mecanism de inducţie sugestivă, fiind, în final, vorba de o activitate sau de o producţie delirantă comună ambelor persoane. Pentru apariţia acestui tip de delir sunt necesare următoarele condiţii psihopatologice :

- o predispoziţie la afecţiunea respectivă ;
- rolul inductor al unui individ în cadrul acestui „cuplu" ;
- o stare marcată de sugestibilitate ce apare în condiţiile convieţuirii îndelungate şi apropiate cu bolnavul delirant ;

– persoana indusă are un Eu slab, uşor de dominat în raport cu Eul tare şi dominant al bolnavului, fiind, din acest motiv, influenţată de acesta din urmă.

Personalitatea delirantă

Persoana umană este un subiect cunoscător. Ca „subiect cunoscător", ea îşi construieşte în decursul existenţei un capital de valori logice (de adevăr) care constituie fondul său mintal. Prin aceasta, persoana umană devine o fiinţă raţională.

După H. Ey, „fondul mintal este ansamblul operaţiilor intelectuale şi activitatea sintetică necesară pentru desfăşurarea gândirii". Aceste aspecte se reflectă şi în cazul delirului.

Persoana este legată de lume printr-o relaţie existenţială de un tip particular. Realitatea externă reprezintă ordinea, cu legile ei în care se desfăşoară existenţa fiinţei umane. Procesul de alienare constă în inversarea raportului realităţii cu persoana. Această abatere de la ordine o reprezintă delirul.

În analiza personalităţii delirante ne vom referi la categoria bolnavilor psihic al căror tablou clinic este dominat de prezenţa delirului. Ceea ce ne va interesa va fi prezenţa delirului, care trebuie să aibă un caracter stabil, durabil, bine organizat, cu o tematică precisă. La aceste persoane se vor avea în vedere modul de viaţă, relaţiile interumane şi comportamentul, toate raportate direct la existenţa delirului.

Analiza persoanei delirantului trebuie să cuprindă şi psihobiografia acestuia, cu toate particularităţile sale, evenimentele vieţii trăite de bolnav, momentele-cheie ale existenţei acestuia în legătură cu apariţia, consolidarea şi evoluţia delirului (E. Kretschmer, J. Wirsch, N. Rettenstöl, K. Conrad, L. Binswanger).

Având în vedere cele de mai sus, în analiza personalităţii bolnavilor deliranţi se disting două aspecte principale : trăsăturile caracteristice ale personalităţii şi caracteristicile psihobiografice ale vieţii acestora.

1. *Caracteristicile personalităţii deliranţilor*

S-a constatat existenţa unei strânse corelaţii între structura personalităţii şi tulburările psihice. Cercetările în această direcţie sunt numeroase (N. Retterstöl). E. Kretschmer vorbeşte despre tipul de personalitate senzitivă, caracterizată printr-un tip de reacţie puternică, predispusă la formarea unui „delir senzitiv de relaţie". Winner consideră boala drept o continuare a personalităţii premorbide („temperamentul paranoic genetic"), care, cu timpul, evoluează către paranoia. Krueger crede că paranoicii se recrutează dintre personalităţile cu agresivitate constituţională, consideraţi de autorul citat ca fiind „paranoici înnăscuţi".

K. Kolle descrie paranoicii ca pe nişte personalităţi cu tendinţă la recluziune constituţională, oricând potenţiali de a face o psihoză. După W. Mayer-Gross, este foarte greu, în cazul paranoicilor, de spus ce aparţine fondului constituţional al personalităţii acestora şi ce este legat de dezvoltarea patologică. Langfeld şi Kretschmer susţin existenţa unei personalităţi de „natură senzitivă" ca substrat constituţional al dezvoltării psihozei paranoide. Pentru Miller, modelul personalităţii bolnavilor deliranţi se caracterizează prin rezervă, suspiciune, neîncredere, tendinţă

la ipohondrie. Bonner remarcă faptul că la paranoici predomină introversia și tendințele dominante.

Klein și Horwitz disting trei grupe de personalități delirante:

- o grupă nesemnificativă, a cărei personalitate nu iese cu nimic în evidență;
- o grupă cu o personalitate caracterizată prin neîncredere, teamă de inferioritate și tendințe recluzive;
- o grupă caracterizată prin ambiție, atitudine intelectuală de tip moralizator, afișând superioritate în raport cu ceilalți.

Bonner atrage atenția că paranoicii dispun de un nivel intelectual superior, mult mai ridicat decât al schizofrenicilor, fapt care denotă o corelație între structura personalității și tipul clinic de tulburare paranoică sau paranoidă.

În ceea ce privește natura personalității bolnavilor deliranți, există o mare varietate de aspecte care prefigurează un anumit „model de personalitate" caracterizat printr-o hipersenzitivitate, ca reprezentând o condiție esențială de receptivitate la boala respectivă.

În sensul acesta, trebuie acceptată existența unei „personalități premorbide" specifice bolnavilor deliranți și care reprezintă terenul obligatoriu al dezvoltării psihozei respective. În sensul acesta, tulburările caracteristice ale personalității delirante sunt următoarele:

- psihorigiditate emoțional-afectivă;
- tendință la introspecție;
- mizantropie și egocentrism cu supraevaluarea propriului Eu;
- relații interpersonale restrânse și dominate de ideea de superioritate a propriei persoane în raport cu ceilalți și cu lumea;
- suspiciune cu tendință la formarea de idei prevalente;
- sentimentul propriei insecurități în raport cu lumea și cu celelalte persoane;
- intoleranță la frustrare, cu dificultatea de a se adapta în situații-limită de viață;
- agresivitate crescută, orientată către lume;
- o mare tendință de proiecție asupra lumii sau a altor persoane a propriilor trăiri, însoțită de culpabilizarea celorlalți și recul ulterior asupra sa;
- tendință la supradominare, incapacitate de suplețe în relațiile cu ceilalți, incapacitatea de a admite opiniile sau deciziile altora, intransigență, dominație și comandă, toate aceste aspecte fiind legate de egocentrism și hipertrofia Eului bolnavului respectiv;
- idei expansive de dominare, reformă socială, istorică, morală, religioasă sau științifică;
- o mare forță psihică manifestată prin hiperactivitate și mobilitate crescută.

Din cele de mai sus se desprind marea bogăție a structurii personalității premorbide a bolnavilor deliranți, precum și dificultatea extremă de a putea trasa o graniță netă între „normal" și „patologic" în cazul acestei structuri a personalității, în care „normalul și patologicul sunt intricate". Psihiatrii sunt, astfel, înclinați să considere acest tip de personalitate ca pe ceva intermediar între normal și patologic, motiv pentru care H. Witter este înclinat să le considere drept „variații patologice ale normalului".

2. *Caracteristicile psihobiografice ale delirantilor*

Cercetările psihobiografice la indivizii normali și la bolnavii psihic au preocupat pe numeroși specialiști (L. Szondi, Ch. Bühler, L. Binswanger, R. Kuhn, K. Jaspers, M. Robert, S. Freud, N. Retterstöl). Dinamica psihobiografică a bolnavilor deliranți

cuprinde câteva aspecte caracteristice de care depinde înţelegerea atât a personalităţii acestora, cât şi a vieţii şi destinului lor. Vom prezenta în continuare aceste aspecte.

Problema originii

Problema originii a fost iniţial studiată de O. Rank, care i-a subliniat importanţa vorbind despre „traumatismul naşterii". Tema este reluată, tot în sfera psihanalizei, de către M. Robert, într-o perspectivă dinamică lărgită, subliniind faptul că „originea" este un factor important care marchează „semnificaţia vieţii" unui individ.

Traumatismul originii „obscure" sau „incerte", însoţit de reconstituirea fantasmatic-compensatorie a unei origini personal-imaginare cu rol „reparator", corespunzător tendinţelor şi reprezentărilor libidinale proprii, apare ca o manifestare specifică la această categorie de bolnavi.

Majoritatea au o origine incertă, necunoscută, sunt copii abandonaţi, bastarzi, trăind dramatic această situaţie, pe care o vor converti ulterior într-o „legendă personală" pentru a-şi putea justifica un anumit statut social şi pentru a putea îndeplini un anumit rol. Este, de fapt, vorba de căutarea şi confecţionarea unui „statut psihosocial", corespunzător aspiraţiilor libidinale frustrate sau absente.

Formarea personalităţii

Caracteristica dinamică a acestor indivizi este legată, în ceea ce priveşte formarea personalităţii lor, de absenţa familiei de origine sau de provenienţa lor din medii familiale dezorganizate. Din aceste motive, ei sunt lipsiţi de aportul emoţional-afectiv, care este înlocuit de frustrări şi carenţe educaţionale. Aceste aspecte întăresc izolarea, tendinţa la introspecţie, psihorigiditatea ideo-afectivă, ducând treptat la separarea lor de lume, premisă a viitorului conflict Eu-lume.

Drept compensare a incapacităţii lor de a se pune de acord cu lumea, se va dezvolta treptat un „complex de superioritate" faţă de ceilalţi, cu hipertrofia propriului Eu şi tendinţe dominatoare.

Existenţa unei tensiuni intrapsihice

La această categorie de bolnavi se notează o permanentă stare de tensiune intrapsihică, legată de căutarea unui statut şi a unui rol psihosocial personal, în conformitate cu propriile tendinţe şi aspiraţii. Ei sunt permanent nemulţumiţi de starea lor. Se consideră nedreptăţiţi, neînţeleşi şi lipsiţi de drepturi.

Momentul conversiunii

Acesta este momentul-cheie în viaţa persoanelor cu predispoziţie paranoică. El se revelează în cazul plasării acestor indivizi în anumite situaţii-limită care, prin problematica pe care o pun, determină o schimbare, o deturnare a cursului obişnuit al vieţii anterioare.

Procesul de conversiune proiectează individul în alt registru existenţial, cu o dinamică nouă, total diferită de cea anterioară şi pe care bolnavul o „descoperă" ca reprezentând

o „vocaţie" sau care, dimpotrivă, „i se impune" împotriva voinţei, fiind, în acelaşi timp, incapabil de a o refuza.

Actul conversiunii va schimba „poziţia" şi „relaţiile" bolnavului cu lumea, cu sistemul de valori al acesteia. Prin conversiune, delirul, aflat până atunci în stare larvată, erupe în exterior, găsindu-şi „forma" şi „tematica" de exprimare.

Prin actul de conversiune, bolnavul „ia cunoştiinţă de sine însuşi", dar într-o manieră nefirească, ireală şi, în primul rând, ilogică. Noul său „model de gândire" va fi iraţional, neconform cu sistemul de valori, motivat de mobiluri psihopatologice şi care-l va deturna de la desfăşurarea firească a existenţei sale anterioare.

Orice act de conversiune este un „răspuns" pe care individul şi-l dă la întrebările ce-l frământă. Acest răspuns reprezintă un „act de descoperire". Tensiunea intelectuală a omului de ştiinţă, a cercetătorului constă în conducerea acestuia către „descoperirea adevărului", pe când tensiunea motivată patologic a bolnavilor psihic îi conduce către „descoperirea erorii", a gândirii delirante.

În urma conversiunii, bolnavul „va vedea" în mod diferit, faţă de starea sa anterioară, atât propria persoană, cât şi lumea exterioară, producându-se în felul acesta între bolnav şi lume o „ruptură ontologică". El va dori şi va acţiona, conform ideilor sale delirante, în direcţia schimbării lumii, a societăţii, a sistemului de valori după noile sale „idei", venind astfel în conflict deschis cu ordinea socială.

Dezvoltarea delirantă

Aceasta este etapa care urmează „crizei de conversiune" a personalităţii acestor indivizi. În prima fază, este elaborată clar tematica delirantă. Ulterior, se constată schimbarea modului de existenţă a bolnavului, acesta fiind în totalitate preocupat de efortul de „realizare" practică a propriilor idei delirante (erotice, reformiste, pasionale, de prejudiciu etc.).

Treptat, se ajunge la o stare de tensiune, de ostilitate deschisă între persoana bolnavului şi lumea exterioară, care se va adânci progresiv, declanşând conflicte sau chiar acte de agresivitate antisocială.

Regresiunea personalităţii

Starea de tensiune psihică duce, în timp, la o epuizare internă a forţei psihice a bolnavului, precum şi la o îngustare şi sărăcire intelectuală, prin cultivarea exclusivă a preocupărilor delirante. În timp, delirul pierde din intensitate, se estompează, ca şi activitatea generală a bolnavului. Acesta devine apatic, indiferent, inactiv. Interesul pentru „marile probleme" care-l preocupau înainte se reduce sau, dimpotrivă, asistăm la o „retragere martirică" liber acceptată de către bolnav, care se va considera „un mare neînţeles şi nedreptăţit al sorţii într-o lume care nu-l merită".

În cadrul tematicii referitoare la *personalitatea delirantă* se disting trei tipuri de alienare delirantă, şi anume :

a) *dezvoltarea delirantă a persoanei*, menţionată de K. Jaspers, din cursul delirurilor pasionale, paranoia etc., în care prevalează mecanismele de intuiţie şi cele de interpretare ;
b) *proliferarea imaginativă, extraordinar de luxuriantă*, ca în cazul „delirului de imaginaţie" (E. Dupré) sau al „parafreniilor" (E. Kraepelin), în care predomină

tendinţa de a substitui reprezentărilor colective ale realităţii logice o concepţie fantastică despre lume, de tip baroc ;

c) *tipul sau grupa schizofreniilor*, în care predomină existenţa de factură autistă. În acest caz, Eul impenetrabil şi haotic constituie o veritabilă „lume pe dos".

Natura şi originea stărilor delirante

Înţelegerea delirului şi a stărilor delirante este imposibilă dacă ne limităm la aspectele clinico-semiologice ale psihiatriei. Stările delirante trebuie considerate ca nişte „experienţe particulare de viaţă", specifice bolnavilor psihic, înscrise în ordinea ontologică a existenţei acestora şi care sunt explicit comprehensibile numai din acest punct de vedere. O cunoaştere a experienţei delirante se impune a fi făcută prin analiza „istoriei vieţii personale" a bolnavului, a psihobiografiei acestuia. În acest sens, remarcăm următoarele aspecte caracteristice oricărei forme de experienţă delirantă :

- existenţa unui anumit „teren psihologic" pe care se dezvoltă starea delirantă ;
- existenţa unei stări prelungite de tensiune emoţională intrapsihică, cu întoarcerea individului către sine însuşi ;
- plasarea bolnavului într-o situaţie-limită ;
- obligativitatea bolnavului de a găsi „soluţii" de ieşire din situaţia-limită, acestea fiind, de regulă, iraţionale, prin interpretarea eronată a „limitelor" impuse ;
- proiecţia existenţei bolnavului într-un alt registru al ontologicului, în contradicţie cu realitatea obiectivă, logică ;
- întoarcerea în trecut, ca formă de regresiune a gândirii, afectivităţii, conduitelor şi contactelor cu lumea externă ;
- proiecţia asupra „celorlalţi" şi a „lumii" a propriilor probleme sufleteşti conflictuale ;
- adoptarea unei „atitudini mintale" fixe, de tipul unei „încremeniri rigide" într-un prezent perpetuu, inflexibil, în care locul central îl ocupă ideile şi preocupările sale delirante, pe care bolnavul încearcă pe orice cale să le realizeze.

Vom analiza în continuare marile tipuri nosologice de psihoze endogene delirante, simple sau halucinatorii, cu evoluţie cronică, care nu produc alterări profunde ale personalităţii, cum este cazul psihozelor din grupa schizofreniei.

În categoria psihozelor endogene delirante de tip sistematizat, cronice, sunt incluse următoarele : *paranoia* sau delirul sistematizat cronic, nehalucinatoriu ; *parafreniile* sau psihozele delirant-halucinatorii cronice ; *deliranţii pasionali*, la care delirul simplu sau halucinatoriu este bine sistematizat din punct de vedere tematic şi, în final, *psihozele endogene atipice*.

Aceste tulburări reprezintă o categorie nosologică importantă şi extrem de interesantă pentru psihopatologie, întrucât ne oferă, pe lângă aspectele de o mare varietate şi complexitate ale tulburărilor psihice, şi posibilitatea de a „vedea" şi de a „înţelege" persoana umană din punct de vedere psihologic, într-o dublă perspectivă : antropologică şi ontologică.

Paranoia

Caracteristici psihopatologice

Paranoia este un delir cronic sistematizat, de regulă monotematic, care domină gândirea, acţiunile, comportamentul şi personalitatea individului, cu o aparenţă formal-constructivă logică a judecăţii. Acest delir nu duce la alterarea personalităţii bolnavului. Din punct de vedere psihopatologic, se descriu două forme principale:

a) *paranoia primară*, cu un delir sistematizat, dar fără o slăbire intelectuală a bolnavului, caracterizată prin existenţa unor „idei fixe";
b) *paranoia secundară*, acută sau cu evoluţie periodică, având o tematică delirantă, de regulă indusă.

Majoritatea autorilor sunt de acord în a recunoaşte că paranoia se dezvoltă pe un teren psihologic cu o constituţie specifică, ale cărui caracteristici favorizează apariţia şi dezvoltarea acestei afecţiuni psihiatrice. Tendinţele caracteristice „personalităţii paranoice" sunt reprezentate prin următoarele aspecte psihopatologice cu caracter constant şi specific (Genil-Perrin):

a) *orgoliul*, constând în supraestimarea propriei persoane (egocentrism, autofilie, hipertrofia Eului). Este, de fapt, vorba despre un tip de vanitate puerilă, de infatuare ridicolă;
b) *neîncrederea*, manifestată ca o teamă, o rezervă inutilă, stare de nelinişte şi susceptibilitate, îndoială, sentimentul penibil de a nu fi înţeles de ceilalţi, de a se simţi izolat între oameni. Sentimentul de „a fi neînţeles de ceilalţi" este compensat de satisfacţia vanitoasă de „a se considera diferit de ceilalţi" şi, în consecinţă, superior acestora;
c) *falsitatea judecăţii* în raport cu realitatea constă în faptul că logica paranoicilor este greşită, falsă prin sensul ei interior, deşi este construită corect din punct de vedere formal, ca aparenţă a formulării judecăţilor. Acest aspect împiedică individul de a avea o concepţie exactă atât despre lumea externă, cât şi despre sine însuşi. Această psihorigiditate a gândirii face ca în sfera conştiinţei bolnavului să aibă acces numai noţiuni parţial selecţionate şi sistematizate, trunchiate şi incomplete. Paranoicul se înşală asupra lui însuşi şi asupra lumii externe. El „se vede pe sine" mai frumos, mai bun decât este în realitate, iar lumea „o vede" mai urâtă şi mai rea decât este de fapt;
d) *inadaptabilitatea* paranoicului este rezultanta socială a atitudinii sale mintale, a tendinţelor sale profunde. Solitudinea este pentru paranoic un remediu util şi agreabil. Paranoicul, prin inadaptabilitatea sa, este în mod firesc condus către o viaţă solitară, izolată. Vagabondajul acestor bolnavi poate fi considerat o consecinţă a inadaptării lor.

Dincolo de aspectele menţionate mai sus, ce reprezintă principalele trăsături de personalitate cu caracter psihopatologic care definesc persoana paranoicilor, constatăm că toate converg şi se grupează în sfera Eului bolnavului.

Paranoicul prezintă o tulburare psihopatologică de personalitate specifică, reprezentată prin pierderea sau schimbarea *identităţii propriului Eu.* Transformarea delirantă a personalităţii sale, ca în cazul unei revelaţii, îi descoperă acestuia o nouă identitate, diferită de cea anterioară delirului. Bolnavul „descoperă" că este inventator, reformator social, politic, religios etc. În raport cu aceste situaţii pe care le reprezintă, bolnavul îşi va

construi o nouă imagine, corespunzătoare noului său statut şi rolului autoatribuit, cerând sau chiar impunând şi celorlalte persoane să-l recunoască astfel. De aici şi conflictul care va duce la „ruptura" dintre paranoic şi lume. Felul de a se înfăţişa, mimica, privirea, felul de a vorbi, de a se mişca, de a gesticula, conţinutul vorbirii, vestimentaţia şi accesoriile, mersul, felul de a se adresa celorlalţi, toate acestea vor fi expresia noului personaj pe care bolnavul îl reprezintă şi cu care s-a identificat. Transformarea poate merge chiar până la schimbarea numelui.

Schimbarea personalităţii şi adoptarea unei noi identităţi, a unui nou mod de „a fi" şi de „a se prezenta", de „a comunica" în relaţiile cu ceilalţi, dar şi de a se autoconsidera ca atare îşi au originea în convingerile delirante ale bolnavului. În acelaşi timp, acest nou „mod de a fi" şi „mod de a se înfăţişa" vor justifica delirul în care bolnavul „vede" şi caută să-i convingă şi pe ceilalţi de noul său „rol" sau de „misiunea" pe care o are de îndeplinit.

Tulburările de personalitate de tipul pierderii sau schimbării identităţii Eului sunt secundare delirului. Atât tematica delirantă, cât şi identitatea persoanei bolnavului vor fi concordante şi vor participa la configurarea noii „imagini" a personalităţii patologice a individului respectiv.

Formele clinice ale paranoiei

Din punct de vedere clinico-psihiatric, Genil-Perrin distinge următoarele forme clinice ale psihozei paranoice:

1. Grupa revendicatorilor

După Sérieux şi Capgras, revendicatorul este considerat un hipomaniac. Paranoicul deprimat este, înainte de toate, un interpret teoretic şi speculativ. Paranoicul excitat este, dimpotrivă, un tip hiperactiv, care nu se opreşte la „a interpreta". El se apără, acţionează şi contraatacă pentru a-şi „susţine" ideile. În această grupă intră următoarele tipuri de paranoici: *persecutorii*, *cverulenţii* (certăreţii sau scandalagiii) şi *pamfletarii*.

2. Grupa ipohondriacilor

Pentru Boisier de Sauvage, aceasta reprezintă „o boală cronică în care bolnavul îşi imaginează că este în pericol de moarte din cauza faptului că prezintă palpitaţii ale inimii, eructaţii, barborisme sau alte suferinţe, mai mult sau mai puţin imaginare, variabile şi fără o origine precisă". Ipohondriacii sunt persoane „vaporoase", bolnavi imaginari. În cadrul acestei grupe, Gilbert-Ballet distinge următoarele forme clinico-psihiatrice:

a) *mica ipohondrie*, manifestată ca o preocupare exagerată a individului în faţa unor suferinţe minore ale sănătăţii sale. Se manifestă ca o atenţie şi nelinişte exagerate, dar poate fi corectată de o explicare logică sau prin psihoprofilaxie;
b) *fobia ipohondriacă*, când ideea ipohondriacă devine obsesie, cu caracter de fobie angoasantă, tenace, nepermiţând raţionamentul logic decât în intervalul interparoxistic;

c) *marea ipohondrie*, forma în care ideea ipohondriacă se precizează, se sistematizează, neputând fi combătută cu nici un fel de argumente, dar neatingând gradul de absurditate al delirului ;
d) *ipohondria delirantă*, cu caracter de absurditate. Ea este o convingere fermă, sistematizată, care nu poate fi schimbată. Este un delir ipohondriac net și definitiv ;
e) *ipohondria interpretativă și revendicativă*, o formă accentuată a precedentei. Bolnavul este activ în a-și cultiva preocupările delirante în relație cu „boala" sa, cu numeroasele sale boli de care crede că suferă în mod real ;
f) *ipohondriacul autoterapeut*, persoana care nu are încredere în nimeni, cu excepția propriei persoane. Acesta se autotratează pentru diferite „boli imaginare" după rețete proprii, pe care le inventează și le autoadministrează.

3. Grupa inventatorilor și autodidacților

Sunt destul de frecvente cazurile în care paranoicii își manifestă tendințele și tematicile delirante în sfera culturii sau a cercetărilor intelectuale de ordin științific. În sensul acesta, sunt descrise următoarele forme clinice aparținând acestei grupe:

a) *paranoicii inventatori* ocupă un loc important. În această categorie, seria de inventatori patologici se înscrie de la debilul autodidact de tip inferior până la individul având cunoștințe tehnice precise, însă lipsit de simțul care să-i permită să discearnă între fantezie și realitate, între posibil și absurd ;
b) paranoicii autodidacți completează forma precedentă. Autodidacticismul este foarte frecvent la paranoici și se explică prin tendințele speciale ale acestora. Din cauza orgoliului lor, bolnavii din această categorie caută să dobândească un grad de instrucție care să le ridice prestigiul personalității, dar și pentru a putea rezolva singuri orice fel de problemă. Fiind lipsiți de o judecată logică, ei asimilează, fără nici o discriminare, aceste cunoștințe intelectuale oferite, de regulă, de literatura de popularizare și care le oferă perspective introducerii în domenii necunoscute de ei. Autodidacticismul este, în mare măsură, simptomul unei mentalități paranoice.

4. Grupa reformatorilor

Paranoicii sunt, de regulă, nemulțumiți de cele ce există. Ei vin foarte frecvent în conflict cu ordinea stabilită în domeniile social, moral, religios, politic. Acești indivizi urmăresc „reforma" societății, a moravurilor etc. Tipurile de reformatori paranoici se prezintă sub o largă paletă de variante, așa cum se poate vedea în continuare.

Reformatorul social se prezintă sub forma a trei tipuri speciale, veritabile „imagini clinico-sociale" : *regicidul* (justițiarul tiraniei), *anarhistul* (distrugătorul ordinii sociale) și *utopistul* (cel care încearcă să edifice o nouă ordine socială). Să-i analizăm mai pe larg pe fiecare dintre aceștia.

Regicizii sunt persoane fanatice care comit atentate asupra unor personaje importante din societate (regi, miniștri, înalți demnitari), în scopul combaterii și anulării injustiției sociale, fiind absolut lipsiți de orice fel de interese personale.

Anarhiștii sunt destul de dificil de separat de regicizi. Anarhistul este militantul care acționează. Este o personalitate hiperactivă, de factură pasională, care neagă toate

valorile. Acţiunile sale au o marcată notă de violenţă şi vizează în special instituţiile sociale tradiţionale, pe care le combate dorind să le suprime.

Utopiştii sunt cei care construiesc proiecte himerice. Ei imaginează planuri de guvernare bazate pe egalitatea şi bunăstarea tuturor membrilor societăţii, dar care, transpuse în practică, duc la rezultate contrare celor sperate. Utopia este o tendinţă latentă a fiinţei umane cu originea în dorinţa de a transcende realitatea istorică şi socială obiectivă, înlocuind-o cu una de factură „ideală". Ea stă la baza multor doctrine religioase (A. Augustin), sociale (T. Morus, R. Bacon, T. Campanella), politice (I. Kant) sau economice (K. Marx) etc.

Reformatorii mistici se plasează într-un registru paralel celui în care acţionează reformatorii sociali. Trebuie însă precizat de la început că nu toţi misticii trebuie asimilaţi personalităţilor paranoice. Paranoicii mistici sunt persoane cu un delir sistematizat, cu temă mistico-religioasă. Aceşti bolnavi sunt înclinaţi către mesianism şi urmăresc să introducă şi să impună noi forme de religie şi noi idoli. Ei atacă dogmele teologice în vigoare, caută să le submineze pentru a impune altele noi, manifestând totodată tendinţa de a poza în martir.

5. Grupa erotomanilor şi a geloşilor

Aceste tendinţe paranoice se pot cristaliza în jurul unor tematici sexuale sau erotice, realizând tabloul psihopatologic al unei erotomanii sau gelozii morbide.

În cazul geloziei morbide, subiectul este frământat de falsa convingere că este înşelat de soţia sau de logodnica sa. Din punct de vedere psihanalitic, la baza acestui sentiment de gelozie patologică se află o situaţie de frustrare anterioară, care a dus la formarea unui complex de inferioritate raportat la sexualitate.

În cazul erotomaniei, bolnavul cultivă convingerea că este iubit sau că iubeşte o anumită persoană, fie că este vorba despre o persoană reală sau imaginară. Această persoană însă, dacă există în realitate, nu are nici un fel de legături reale cu bolnavul sau nici măcar nu îl cunoaşte personal. Erotomania este impresia delirantă de a fi iubit. Asocierea erotomaniei cu gelozia este o situaţie frecvent întâlnită la deliranţii paranoici.

Parafreniile

Delimitare şi caracteristici

E. Kraepelin este cel care a împărţit deliranţii cronic în două grupe nosologice distincte, şi anume:

a) *grupa demenţei precoce* sau a schizofreniei, caracterizată printr-un delir incoerent, nesistematizat tematic, cu evoluţie cronică urmată de deteriorarea profundă a personalităţii în plan intelectual, afectiv şi volitiv-comportamental;
b) *grupa paranoiei*, caracterizată prin existenţa unui delir net sistematizat din punct de vedere tematic, cu evoluţie clinică progresivă, nehalucinatoriu şi care nu se asociază cu o deteriorare intelectuală sau a personalităţii.

Clasificarea de mai sus a lui E. Kraepelin datează din anul 1889. Acelaşi autor, în 1909, va adăuga la grupele menţionate mai sus ale psihozelor endogene de tip delirant o a treia grupă, reprezentând o nouă formă de psihoză izolată de acesta :

c) *grupa parafreniei*, caracterizată prin prezenţa unui delir cronic sistematizat, tematic şi halucinatoriu, care nu este însoţit de o deteriorare a sistemului personalităţii bolnavului. Parafrenia descrisă de E. Kraepelin corespunde „psihozei halucinatorii cronice” descrise de H. Claude.

Din punct de vedere psihopatologic, delirurile parafrenice se caracterizează printr-o foarte bună adaptare a bolnavului la realitatea externă, însoţită de conservarea lucidităţii şi a fondului mintal. Aceste aspecte coexistă în paralel cu construcţii delirante fantastice, expansive, dramatice, confabulatorii, cosmice etc. Bolnavul are permanent conştiinţa delirului său, pe care adesea îl priveşte destul de detaşat de propria persoană.

Clasificare şi forme clinice

E. Kraepelin a descris patru forme clinice de parafrenie, pe care le prezentăm în continuare.

1. *Parafrenia sistematică* se caracterizează prin existenţa unui delir de persecuţie prelungit, cu idei de grandoare susţinute de prezenţa halucinaţiilor bolnavului.
2. *Parafrenia expansivă* se dezvoltă pe fondul unei stări de exaltare maniacală, în care notăm prezenţa unui delir sistematizat de tip megalomaniac, erotic sau cu temă mistică.
3. *Parafrenia confabulatorie* este caracterizată din punct de vedere psihopatologic prin relatări delirante imaginare extrem de bogate ale bolnavului respectiv, la care se asociază prezenţa halucinaţiilor.
4. *Parafrenia fantastică* este forma clinică ce cuprinde idei delirante extravagante, incoerente, la care se asociază multiple halucinaţii.

Referindu-se la *psihozele delirante cronice*, Ch. Nodet distinge trei aspecte psihopatologice principale :

a) *delirurile cu structură paranoică* bine sistematizate tematic, coerente, fără slăbirea notabilă a personalităţii bolnavului ;
b) *delirurile cu structură paranoidă*, incoerente, halucinatorii, asociate cu o alterare profundă a personalităţii bolnavului ;
c) *delirurile cu structură parafrenică*, având o tematică delirantă bine sistematizată, asociată cu halucinaţii ; adaptarea bolnavului la realitate este bună şi nu e însoţită de deteriorarea personalităţii sale.

Din punct de vedere clinico-psihiatric, Ch. Nodet distinge următoarele tipuri de parafrenii :

a) *parafrenia schizofrenică*, în care delirul se exprimă printr-un tip de gândire autistă cu stereotipii, neologisme, bizarerii şi care corespunde *parafreniei fantastice* din clasificarea lui E. Kraepelin ;
b) *parafrenia expansivă* sau maniacală, caracterizată prin exaltare euforică, ironii, calambururi, delir nesistematizat, dar fără agitaţie psihomotoare ;

c) *sindromul Cottard*, caracterizat prin delir de negaţie, de enormitate absurdă, idei de transformare a organelor interne şi imobilitate afectivă. Este tipul denumit de Ch. Nodet „parafrenie melancolică".

Deliranţii pasionali

M. Dide şi P. Guiraud includ în această grupă personalităţile cu „constituţii pasionale". Se consideră că acestea nu diferă de persoanele normale decât prin intensitatea maladivă a stărilor pasionale, care le dirijează conduitele, actele individuale şi se reflectă şi în procesul lor de adaptare la realitatea lumii sociale, la comunicarea cu celelalte persoane. Elementul cel mai caracteristic din punct de vedere psihopatologic este reprezentat de reacţiile antisociale ale acestei categorii de bolnavi psihic.

Exaltarea pasională a acestor indivizi este rezultatul unei „structuri endogene" de tip constituţional, caracterizată prin următoarele:

- o forţă pulsională anormală a instinctelor;
- hiperactivitate;
- trăiri afective de o intensitate deosebit de puternică;
- producţie imaginativă şi interpretativă sau halucinatorie care duce la crearea unei „ficţiuni delirante" de tipul „gândirii dereiste" (E. Bleuler).

În cadrul acestor constituţii pasionale de factură patologică, M. Dide şi P. Guiraud disting două grupe principale.

1. *Pasionalii egoişti*

Din punct de vedere clinico-psihiatric, această categorie de indivizi realizează tabloul „psihozei revendicative" de tipul persecutat-persecutor, procesivii, cverulenţii etc. Psihopatologia persoanei revendicativului este caracterizată prin următoarele trăsături:

- hipertrofia Eului;
- sentimentul imperativ al luptei împotriva nedreptăţilor îndurate;
- excitaţia hipomaniacală, manifestată sub forma unei stări afective de ardoare şi euforie.

Ca varietăţi clinice, se citează următoarele:

- delirul de posesiune;
- sinistroza consecutivă unor procese privind accidente de muncă sau invalidităţi de război;
- ipohondria revendicativă, cenestopatia;
- erotomaniile;
- geloziile pasionale.

2. *Idealiştii pasionali*

Această grupă cuprinde indivizi înclinaţi în a adopta sau în a adera la o credinţă sau sectă, care să se transforme în convingere, dominând gândirea şi comportamentul lor. Ei

reprezintă acea categorie de bolnavi psihic care admit „adevăruri revelate", „intuiţii irecuzabile", „certitudini supranaturale" etc. Din punct de vedere clinico-psihiatric, se notează următoarele:

- idealiştii îndrăgostiţi;
- marii mistici, care de fapt nu interesează sfera psihopatologiei, ci numai bolnavii „deliranţi mistici", diferiţi de primii;
- inventatorii;
- reformatorii religioşi de tipul „deliranţilor profetici" sau „mesianici", care reuşesc să inducă, prin sugestie colectivă, un delir în masă.

Psihozele endogene atipice

Acest grup de tulburări psihice a fost izolat de K. Kleist şi K. Leonhard, care le-au dat denumirea.

Psihozele endogene atipice au ca tablouri clinice o individualitate clinico-psihiatrică, iar în ceea ce priveşte evoluţia lor, au drept caracteristică o anumită „periodicitate", pe care Kleist şi Leonhard au numit-o „evoluţie fazică".

Acest grup de psihoze endogene împrumută caracteristicile simptomatico-psihopatologice atât de la psihozele afective cu evoluţie periodică, de tipul PMD, în ceea ce priveşte evoluţia lor fazică, precum şi de la schizofrenie, în ceea ce priveşte conţinutul clinic sau configuraţia psihozei.

Psihozele endogene atipice corespund „ciclofreniilor" descrise de Al. Obregia.

30. Stările de arieraţie mintală. Oligofreniile

Cadru psihopatologic

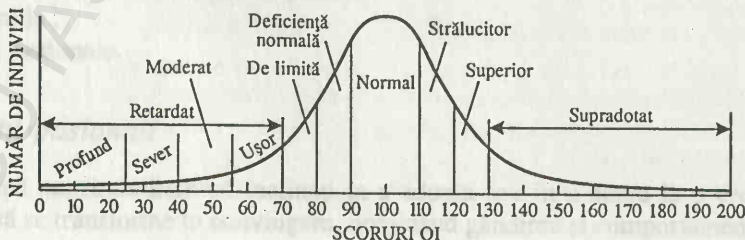
Stările de arieraţie mintală sau *oligofreniile* au avut o evoluţie interesantă din punct de vedere psihopatologic, dar şi din punct de vedere social, psihopedagogic şi psihometric.

În secolul al XVIII-lea, sub termenul *idiotism* era cuprins un ansamblu de tulburări psihice de tip deficitar. În secolul al XIX-lea, Esquirol face distincţia dintre aceste tulburări, denumite *stări de arieraţie mintală* sau *oligofrenii* şi *demenţe*. În sensul acesta, referindu-se la oligofrenii, el distinge două forme de arieraţie mintală profundă : *imbecilitatea* şi *idioţia*. Ulterior, acestor două forme li se adaugă o a treia, reprezentată prin *debilitatea mintală*, şi, ulterior, cea de *encefalopatie infantilă*. În secolul XX, în cadrul stărilor deficitare se descriu următoarele : *cazuri-limită de pseudodebilitate*, *sindroame psihiatrice precoce* şi *infirmitatea motorie cerebrală*.

Noţiunea de *arieraţie mintală* va fi considerată o stare de deficienţă mintală, dar cu limite imprecise, variind în raport de criteriile utilizate pentru a o delimita şi defini. În sensul acesta, sunt menţionate următoarele criterii care urmăresc delimitarea cadrului psihopatologic :

I. *Criteriul psihometric*, bazat pe studiile lui Binet şi Simon de evaluare a dezvoltării intelectuale. Acesta este ulterior completat cu noţiunea de *vârstă mintală*. W. Stern va introduce noţiunea de *coeficient intelectual* (QI), care o va înlocui pe cea de *vârstă mintală*, fără însă a o scoate din uzul curent. Ulterior, WISC (Wechsler Intelligence Scale for Children) va diferenţia un QI verbal de un QI al performanţelor. R. Zazzo, prin scala NEMI (Nouvelle Echelle Métrique de l'Intelligence), pune accentul pe performanţele motorii şi pe funcţiile de organizare spaţială şi temporală.

R.L. Thorndike, E.P. Hagen şi J.M. Sattler, printr-o cercetare longitudinală efectuată într-un grup populaţional, ne oferă o imagine sintetică de reprezentare a distribuţiei scorurilor QI, aşa cum se poate vedea în graficul de mai jos.



În acest grafic, media, normalul cuprinde categoria de subiecţi cu un QI între 90 şi 110, situaţiile de retard cuprind categoria de subiecţi cu un QI între 20 şi 70, iar situaţiile de supradotaţi vizează categoria de subiecţi cu un QI între 130 şi 190.

Situaţiile de retard mintal cuprind următoarele grupe de subiecţi : *retardul profund*, cu un QI situat între 10 şi 20, *retardul sever*, cu un QI între 20 şi 40, *retardul moderat*, cu un QI între 40 şi 55, *retardul uşor*, cu un QI cuprins între 55 şi 70. În grupa supradotaţilor nu se fac diferenţieri de clasificare în raport cu valoarea QI.

Graficul de mai sus consemnează, de asemenea, „stările intermediare" cuprinse între medie şi extreme. Astfel, între stările de retard şi media normală sunt cuprinse *intelectul de limită*, cu un QI cu valori între 70 şi 80, şi *deficienţa normală*, cu un QI cu valori între 80 şi 90. Între situaţiile de supradotare şi media normală se interpun *cazurile de tip strălucitor*, cu un QI cu valori între 110 şi 120, şi *cazurile superioare*, cu un QI cu valori între 120 şi 130.

II. *Criteriul adaptării sociale* se referă la raporturile cu societatea şi la capacităţile adaptative ale deficientului. S-a observat că în ţările în care învăţământul este obligatoriu noţiunea de *deficienţă mintală* este intim legată de cea de *capacitate şcolară* şi de cea a *performanţelor şcolare* ale elevului. Cu toate acestea, este destul de greu de făcut o distincţie între „copiii dresabili" şi „copiii educabili".

III. *Criteriul biologic* se referă la geneza sau etiologia, simptomatologia, prognosticul şi indicaţiile terapeutice ale stărilor de arieraţie mintală. R. Zazzo face distincţie între factorii determinanţi şi debilitate, întrucât consideră că în sfera conceptului de oligofrenie sunt reuniţi factori biologici, afectivi, intelectuali şi socioculturali.

Oligofreniile reprezintă oprirea sau insuficienta dezvoltare a facultăţilor mintale (intelectuale), care îi pune pe unii subiecţi într-o stare de inferioritate, mai mult sau mai puţin gravă, în ceea ce priveşte adaptarea la exigenţele vieţii şi la posibilităţile de instrucţie (A. Porot).

Arieraţiile mintale sau *oligofreniile* sunt insuficienţe congenitale sau, în tot cazul, cu un debut foarte precoce ale dezvoltării inteligenţei. Ele se opun grupei demenţelor, care sunt deteriorări ale unei inteligenţe ce s-a dezvoltat şi a atins un nivel normal. Noţiunea de arieraţie mintală o va presupune pe aceea a unei evoluţii progresive a dezvoltării inteligenţei. Stările de arieraţie mintală corespund unei încetiniri, apoi unei opriri a acestei evoluţii la un nivel mai mult sau mai puţin deficitar (H. Ey). În ceea ce priveşte fixarea sau delimitarea cadrului psihopatologic, clinico-psihiatric şi sociopedagogic al stărilor de arieraţie mintală, H. Ey recomandă studierea personalităţii deficientului mintal şi, în mod particular, a aspectelor relaţionale ale acestuia.

Important este faptul de a considera *deficientul mintal* mai puţin ca pe un *obiect* din ordinea nosografiei psihiatrice, redându-i în primul rând statutul de *subiect* în raport cu persoanele normale şi considerându-l din acest punct de vedere ca pe o *persoană*.

În aprecierea stării de arieraţie mintală se discută doi factori : factorul deficitar (intelectual) şi factorul relaţional. Tot în cadrul deficienţei intelectuale se mai notează şi o dizarmonie a dezvoltării inteligenţei (noţiunea de *heterocronie* introdusă de R. Zazzo).

Separat de *deficienţii de intelect*, se mai discută şi noţiunea de *pseudodebilitate* sau *falşii debili* (F. Dolto) prin carenţa afectivă, precum şi aspectele de *pseudodebilitate prin regresiune*, legate de stări nevrotice sau psihotice (Spitz, M. Klein).

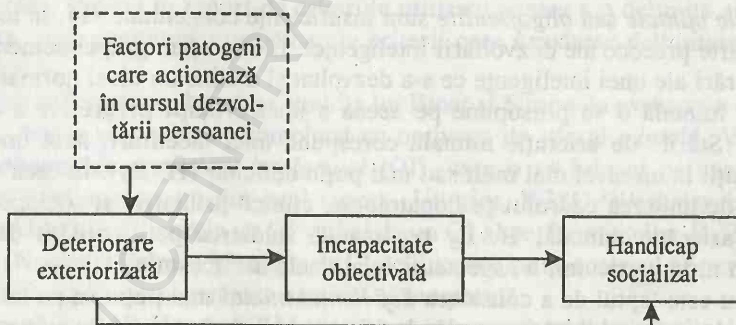
Debilitatea poate fi influenţată negativ şi de relaţiile părinţilor cu această categorie de copii, precum şi de relaţiile acestuia cu mediul, care poate produce un blocaj precoce al activităţilor cognitive.

Stările de deficienţă intelectuală trebuie definite şi în raport cu contextul social, ţinându-se seama de ansamblul factorilor de mediu :
- atitudini, relaţii şi resurse familiale ;
- habitudini şi posibilităţi ale colectivităţii ;
- legislaţie şi echipamente sociale.

Considerată din acest punct de vedere, *insuficienţa mintală* ne apare ca o „situaţie" (Beley). Se poate afirma, în sensul acesta, că *deficienţele de evoluţie* care constituie personalitatea deficientului mintal se pot grupa schematic în jurul a doi poli :
a) tulburări instrumentale, care privesc structurile spaţiale şi temporale, psihomotoare, praxice şi de limbaj ;
b) tulburări globale de personalitate, care se înrudesc cu o structură patologică de factură psihotică.

Conceptul axial pe care se construieşte grupa *arieraţiilor mintale* este cel de *retard mintal*. Evaluarea stărilor de arieraţie mintală se face prin raportarea lor la modelul de dezvoltare deficitară a sistemului personalităţii, proces considerat ca o întârziere în dezvoltarea şi maturizarea psihobiologică şi psihosocială (G. Gottlieb).

Întârzierile în dezvoltare sau oprirea din dezvoltare la un anumit nivel vor determina instalarea diferitelor forme sau grade de retard mintal. Termenul „retard mintal" desemnează un grup populaţional extrem de eterogen ce are în comun o deficienţă de dezvoltare care afectează capacitatea de învăţare, asociată cu alte forme de deteriorare sau incapacităţi neuropsihice. Între aceste aspecte diferenţiate, legate de tulburările de dezvoltare ale sistemului personalităţii, există o relaţie strânsă, aşa cum se poate vedea mai jos :



În schema de mai sus, „formele de retard" au următoarele caracteristici :
a) *deteriorarea*, o stare de deficienţă intelectuală prin afectarea primară a creierului ;
b) *incapacitatea*, o inabilitate de învăţare, incapacitatea individului de a dobândi noi achiziţii necesare pentru a duce o viaţă independentă ;
c) *handicapul*, consecinţa inabilităţilor individului cu implicaţii asupra comportamentului, comunicării şi a relaţiilor interpersonale, a experienţelor de viaţă.

Aspectele sociale şi psihopedagogice

Izolate în raport cu normalitatea mintală (nivelul de inteligenţă) şi etichetate drept *arieraţii mintale* (întârzieri în dezvoltarea psihică), *deficienţele psihosenzoriale* au fost incluse în cadrul nosologiei psihiatrice.

Din punct de vedere *social*, evoluţia arieraţiei mintale ca „problemă socială" înregistrează mai multe etape:

a) *era clinică*, inaugurată de Bourneville şi bazată pe teoria degenerescenţei, recomandând internarea deficienţilor intelectual în azilele pentru alienaţi;
b) *era pedagogică*, inaugurată de Seguin (1837, 1850), care fondează la Boston, în SUA, primele clase pentru arieraţii mintal, folosind în educaţia acestora „metoda senzorială", pe care o vor prelua Montessori şi Decroly. În Europa, primele şcoli speciale apar în Germania (1867);
c) *era psihometrică*, inaugurată în primul deceniu al secolului XX de Binnet şi Simon, prin introducerea „măsurării inteligenţei"(ca nivel de performanţă intelectuală), permiţând în felul acesta o mai bună „discriminare" şi o „orientare" medico-psihopedagogică a deficienţilor mintal. Acţiunea este continuată de numeroşi specialişti (Terman, Decroly, Claparere, De Sanctis, Piaget). În Franţa, legea din 15 aprilie 1909 stabileşte înfiinţarea de şcoli speciale autonome şi clase speciale paralele pentru deficienţii mintal;
d) *etapa integrării*, legată de o nouă atitudine faţă de persoana deficientului mintal, considerat „handicapat psihic". Se pune problema integrării sociale a acestuia, sub toate aspectele sale (familie, şcoală, profesiune, societate). Centrul de greutate se mută din sfera medico-psihiatrică în sfera sociopedagogică. „Discriminarea" medico-psihologică este înlocuită de noile concepte-atitudini: „diferit", „divers" sau „unitate în diversitate". Este o răsturnare a modului de a considera *normalitatea* şi *anomalia*, nu din punct de vedere medical şi psihologic, ci din cel al integrării sociopedagogice.

Deficientul mintal este o persoană care beneficiază de un regim special de măsuri psihopedagogice, dar care trebuie să se dezvolte, să trăiască şi să activeze în societate alături de celelalte persoane. Documentul adoptat care recunoaşte şi stabileşte drepturile handicapaţilor este Declaraţia de la Salamanca.

Cauzele oligofreniilor

În etiologia stărilor de arieraţie mintală sau a oligofreniilor, sunt incriminaţi un mare număr de factori, care pot avea o valoare ereditar-genetică morbidă, pot fi legaţi de viaţa intrauterină, afectând procesul de organogeneză, cauze intranatale şi postnatale, cauze endocrine, metabolice, psihologice etc.

1. *Factorii genetici*, transmisibili prin ereditate, sunt următorii:
   - o dispoziţie familială pentru boli genetice, degenerativ-abiotrofice;
   - infecţii care pot afecta procesul de embiogeneză (TBC, sifilis, rubeolă etc.);
   - incompatibilitatea factorului Rh (mama negativă şi tatăl pozitiv);
   - diferite tulburări cromozomiale.

2. *Cauze care acționează în cursul vieții intrauterine* :
   - ingestia de alcool a mamei ;
   - consumul de droguri ;
   - utilizarea unor medicamente cu efect teratogen ;
   - sifilisul și rubeola ;
   - stres, boli psihice etc.
3. *Cauze intranatale*, reprezentate prin „traumatismul obstetric" și care constau în următoarele :
   - encefalopatiile infantile ;
   - asfixia neo-natorum (circulară de cordon etc.) ;
   - traumatisme craniene consecutive aplicării forcepsului.
4. *Cauze endocrine* diferite, cum ar fi :
   - cretinismul ;
   - mixoedemul.
5. *Cauze metabolice* care pot afecta dezvoltarea embrionară :
   - disproteidozele privind o tulburare a metabolismului proteic : oligofrenia fenil-piruvică ;
   - dislipoidizele privind metabolismul lipidic : idioția amaurotică Tay-Sachs, maladia Niemen-Pick, maladia Gaucher, gargoilismul ;
   - tezaurismoze ale glicogenului : maladia Gierke ;
   - alte dismetabolii neclasificate : maladia Lavrance-Biedl-Moon.
6. *Displaziile congenitale*, care cuprind următoarele afecțiuni : scleroza tuberoasă Bourneville, neurofibromatoza Recklinghausen, neuroangiomatozele Sturge-Weber și Hippel-Lindau.

Psihopatologia oligofreniilor

Din punct de vedere psihopatologic, în cazul oligofreniilor se discută trei aspecte (A. Porot) :

1. *Nivelul mintal* este mai mult sau mai puțin scăzut în raport cu vârsta mintală, fiind net inferior vârstei cronologice reale. El este pus în evidență prin intermediul testelor de inteligență.
2. *Manifestări asociate*, care cuprind mai multe aspecte, și anume :
   - întârziere în dezvoltarea fizică (staturală, ponderală, infantilism, întârziere în mers, întârziere în dezvoltarea limbajului) ;
   - manifestări neurologice (pareze, strabism, convulsii) ;
   - manifestări endocrine sau viscerale diferite.
3. *Alte tulburări psihice* care pot fi prezente :
   - întârziere prin arierație afectivă (copii uitați, rău dirijați, neglijați, inhibați, abandonați) ;
   - infantilism afectiv care poate simula un deficit intelectual.

După J. de Ajuriaguerra, aspectul cel mai complet care ne poate conduce către înțelegerea „arierației mintale" este analiza personalității acestor indivizi. Comportamentul arieratului este rezultatul organizării personalității acestuia. În acest caz, avem în vedere următoarele aspecte :

a) o lipsă de organizare a funcțiilor cerebrale ca urmare a unor leziuni cerebrale minore ;

b) un anumit mod de organizare funcţională cerebrală care-i este propriu şi nu mai depinde de masa cerebrală distrusă.

În sensul celor de mai sus, subliniază J. de Ajuriaguerra, pentru a putea înţelege mai bine arieratul mintal trebuie să pornim de la două premise:
a) organizarea cerebrală este indispensabilă organizării proceselor intelectuale;
b) organizarea cerebrală nu este suficientă pentru a explica organizarea acestui proces.

Elementele de care trebuie să se ţină seama în aprecierea unei stări de arieraţie mintală sunt următoarele:
- evoluţia perceptivo-motorie;
- comunicarea verbală;
- comunicările extraverbale;
- controlul emoţional;
- relaţia cu obiectele;
- modificările de dispoziţie emoţională;
- prezenţa unor tulburări afective nevrotice;
- tulburările de comportament;
- nivelul de dezvoltare intelectuală.

Faţă de cele arătate mai sus, majoritatea specialiştilor sunt de acord în a recunoaşte două grupuri principale de caracteristici psihopatologice pentru subiecţii cu arieraţie mintală: *tulburările intelectuale* şi *particularităţile afective şi relaţionale.* Le vom prezenta pe larg în continuare.

1. *Tulburări intelectuale*

Debilul mintal se caracterizează prin slăbirea judecăţii, dificultăţi importante de abstractizare şi slăbirea discernământului.

R. Zazzo admite că QI permite să se stabilească un diagnostic de o primă aproximaţie referitor la dihotomia dintre un copil normal şi un deficient de intelect. Nu poate fi însă evaluat prognosticul şi nici nu se poate face distincţie între „debilitatea adevărată" şi „pseudodebilitate". Deosebit de importante în elucidarea acestui aspect sunt studiile lui B. Inhelder. Acesta, studiind dinamica internă a operativităţii, pune în evidenţă diferenţele ce pot fi stabilite prin intermediul probelor operatorii între modurile de organizare şi de dezorganizare ale copilului normal şi ale copilului debil mintal. Când copilul normal trece într-o cadenţă relativ rapidă prin mai multe stadii succesive, detaşându-se, după o perioadă de oscilaţii, de formele anterioare ale raţionamentului său, debilul urmează aceeaşi dezvoltare într-un ritm mult mai lent şi, odată atinsă limita superioară, raţiunea sa va păstra totuşi amprenta nivelurilor anterioare.

Dacă la copilul normal trecerea de la un nivel la altul se efectuează într-un fel mult mai rapid până la sfârşitul adolescenţei, în virtutea mobilităţii crescânde a gândirii operatorii, la debili, dimpotrivă, se observă o încetinire a dezvoltării, ajungând în final la un stadiu de stagnare.

Dacă gândirea normală evoluează în sensul echilibrării progresive a operativităţilor, definită prin mobilitatea şi stabilitatea crescândă a raţionamentului, gândirea debilului pare să atingă un fals echilibru, caracterizat printr-o anumită vâscozitate în gândire. Este un fenomen de „vâscozitate genetică", pus în evidenţă de studiile lui B. Inhelder.

La subiecţii cu arieraţie mintală gravă, la limita imbecilităţii, există o stare de omogenitate izbitoare între diferitele moduri de raţionament, o concordanţă care permite situarea structurilor operatorii la un nivel precis de evoluţie genetică. Această omogenitate este încă mai mare la debilii profunzi decât la copiii normali, dar în plină evoluţie.

Toate aceste modele de comportament ale gândirii debililor joacă un rol foarte important în ansamblul organizării personalităţii acestora (J. de Ajuriaguerra).

2. *Particularităţile afective şi relaţionale*

G. Vermeylen şi T. Simon disting două tipuri de debilitate intelectuală, din punct de vedere sociocomportamental şi afectiv:

a) *debilul armonic*, a cărui întârziere intelectuală nu este complicată de tulburări de caracter, manifestând un anumit echilibru în comportament („debilul ponderat” sau „debilul utilizabil”) şi care este capabil de a-şi utiliza capacităţile reduse într-un anumit cadru socioprofesional;
b) *debilul dizarmonic*, care adaugă la deficienţa sa intelectuală şi tulburări de comportament.

Plecând de la fragilitatea şi infantilismul copilului debil mintal, R. Fan explică anumite trăsături caracteriale ale acestuia, cum ar fi:

- credulitatea;
- confuzia între dorinţă şi experienţă;
- minciuna (tendinţa la mitomanie);
- teama în faţa evenimentelor neobişnuite ale vieţii;
- atitudini defensive;
- compensări neadaptate.

R. Perron notează, la această categorie de indivizi, diferite tipuri de reacţii, cum ar fi:

- reacţii de compensare;
- ostilitate faţă de anturaj;
- admiraţie pentru persoanele mai bine dotate şi dorinţa de „a face” şi de „a fi” ca ei;
- atitudine generală de pasivitate, regresiune;
- reacţii paradoxale în cazurile de eşec sau de reuşită;
- aderenţă la un model de gratificare infantilă.

Clasificarea oligofreniilor

Din punct de vedere psihopatologic, în afara observaţiei clinico-psihiatrice, se utilizează drept criteriu de apreciere psihodiagnostică nivelul QI. În sensul acesta, se disting următoarele „forme clinice”:

1. *Debilii uşor*, educabili, apţi de a beneficia de o educaţie specială, o viaţă autonomă şi o adaptare suficientă la lumea normală şi la muncă. QI are valori între 0,65 şi 0,80.
2. *Debilii mediu* sunt semieducabili, putând ajunge prin reeducare la un grad de autonomie parţială şi pot avea o activitate profesională. La deficienţa intelectuală se asociază tulburări motorii, crize de epilepsie, tulburări caracteriale, necesitând asistenţă psihopedagogică şi medicală adecvată. QI are valori cuprinse între 0,50 şi 0,65.

3. *Debilitatea profundă* sau *imbecilitatea* este parţial educabilă, deşi chiar şi aceşti bolnavi pot atinge un anumit nivel de productivitate profesională. QI are valori cuprinse între 0,30 şi 0,50.
4. *Arieraţia profundă* sau *idioţia* grupează acei indivizi needucabili, inadaptabili, dependenţi, care pot dobândi unele gesturi elementare ale vieţii cotidiene şi activitatea ocupaţională neproductivă. QI are valori care oscilează în jurul lui 0,30 şi sub această valoare.

În general, „criteriile de apreciere" sunt mai complexe şi diferenţiate faţă de simplul şi exclusivul interes psihopatologic, şi anume: *criteriul psihometric*, *criteriul educaţional-şcolar*, *criteriul de adaptare-integrare şcolară*, *criteriul medical*.

DSM-III-R include manifestările menţionate mai sus în categoria clinico-psihiatrică a „retardatului mintal". Elementele esenţiale ce caracterizează acest grup sunt următoarele:
- activitate intelectuală generală, semnificativ sub medie;
- deficite sau deteriorări semnificative în activitatea adaptativă;
- debut înaintea vârstei de 18 ani.

În ceea ce priveşte „gradul de severitate" raportat la nivelul QI, se descriu următoarele forme de retard:
- uşor, cu un QI de 50 (55) – 70;
- modest, cu un QI de 30 (40) – 50 – 55;
- sever, cu un QI de 20 (25) – 35 – 40;
- profund, cu un QI sub 20-25.

Studii recente, datorate lui H. Remschmidt şi M.H. Schmidt, aduc o contribuţie la schema de mai sus privind clasificarea tulburărilor de dezvoltare intelectuală la copiii cu retard mintal, în comparaţie cu cei cu inteligenţă normală, luând drept criteriu de evaluare a nivelului de inteligenţă testul QI, aşa cum se poate vedea în schema de mai jos.

Nivelul de inteligenţă	Caracterizare
Nivel foarte înalt de inteligenţă QI > 129	Inteligenţă peste nivelul superior
Nivel înalt de inteligenţă QI 115-129	Inteligenţă superioară
Inteligenţă normală QI 85-114	Inteligenţă normală
Inteligenţă diminuată/Intelect de limită	Inteligenţă specifică unei subnormalităţi mintale de limită
Retard mintal uşor QI 50-69	Subnormalitate mintală uşoară. Vârsta mintală de 9-12 ani
Retard mintal moderat QI 35-49	Imbecilitate. Vârsta mintală de 6-9 ani
Retard mintal sever QI 20-34	Oligofrenie severă. Vârsta mintală de 3-6 ani
Retard mintal profund QI < 20	Idioţie. Vârsta mintală sub 3 ani

Schema de mai sus are, în raport cu precedenta, care este strict circumscrisă la problematica psihopatologiei, un caracter lărgit, în care sunt incluse atât aspectele normale ale dezvoltării inteligenţei, cât şi aspectele psihopatologice şi psihopedagogice ale deficienţei de dezvoltare intelectuală. În plus, este inclus şi stadiul sau forma intermediară între cele două, reprezentată prin intelectul de limită. Din motive didactice, de ordin psihopatologic, vom urma cu descrierea noastră schema anterioară.

Să analizăm caracteristicile formelor de retard mintal de mai sus, conform datelor cuprinse în DSM-III-R.

1. *Retardarea mintală uşoară*

Aceasta este categoria de indivizi educabili, reprezentând un procent de 85% din totalitatea acestora. Aceşti indivizi dezvoltă relaţii sociale şi de comunicare în timpul anilor preşcolari (0-5 ani), au o deteriorare minimă în ariile senzorio-motorii şi nu se disting de copiii normali decât foarte târziu. La vârsta maturităţii, aceştia capătă aptitudini sociale şi profesionale adecvate pentru o autoîntreţinere minimă, dar pot necesita îndrumare şi asistenţă în condiţiile de stres social şi economic. În prezent, toţi cei cu retardare mintală uşoară pot trăi satisfăcător în societate, independent sau în apartamente ori cămine supravegheate.

2. *Retardarea mintală moderată*

Aceasta este recunoscută ca reprezentând „forma antrenabilă" întâlnită într-un procent de 10% din totalitatea lor. Aceşti indivizi pot vorbi sau pot învăţa să comunice în perioada preşcolară. Ei pot beneficia de un antrenament profesional şi, sub supraveghere moderată, pot avea grijă de ei înşişi. Pot profita de antrenament în direcţia aptitudinilor sociale şi profesionale, dar sunt incapabili să progreseze dincolo de nivelul clasei a II-a. Pot învăţa să circule independent prin locurile familiare. Ca adulţi, se pot autoîntreţine prin practicarea de munci necalificate sau semicalificate, sub supraveghere strictă sau în cadrul unor ateliere protejate. Necesită supraveghere în condiţii de stres. Se adaptează bine la viaţa în comunitate, dar, de regulă, în cămine supravegheate.

3. *Retardarea mintală severă*

Acest grup cuprinde un procent de 3-4% din totalitatea cazurilor. Indivizii din această categorie au o dezvoltare motorie redusă şi achiziţionează foarte puţin sau deloc limbajul. Pot totuşi să vorbească şi să deprindă reguli igienice elementare. Ca adulţi, pot efectua sarcini simple sub o strictă supraveghere. Cei mai mulţi se adaptează bine la viaţa în comunitate, în cămine sau în familiile lor.

4. *Retardarea mintală profundă*

Această categorie cuprinde un procent de 1-2% din totalul lor. Aceşti copii prezintă o capacitate minimă pentru activitatea senzomotoare. Pentru dezvoltarea lor este necesară o ambianţă înalt structurată, cu ajutor şi supraveghere permanentă şi o relaţie

individualizată cu îngrijitorul. Se pot obţine ameliorări în dezvoltarea motorie şi în ceea ce priveşte aptitudinile de autoîngrijire. Trăiesc în cămine protejate, iar unii dintre ei pot îndeplini sarcini simple sub o strictă supraveghere.

Formele etiologice ale oligofreniilor

Prezentarea de mai sus a formelor de oligofrenie s-a făcut conform criteriilor psihopatologice, referitoare în primul rând la nivelul de dezvoltare mintală a acestei categorii de indivizi, respectiv QI. În continuare, vom analiza aspectele tipurilor de oligofrenii în raport cu factorii etiologici. Acest aspect are un caracter mult mai larg, întrucât „factorii etiologici", despre care am vorbit deja, sunt responsabili pentru „modelarea" tipurilor de oligofrenie, în care aspectele legate de dezvoltarea intelectuală reprezintă numai un sector.

1. *Neuroectodermozele sau facomatozele*

Acest grup cuprinde afecţiuni degenerative, congenitale, ereditare şi familiale. Ele se caracterizează printr-o insuficienţă mintală de diferite grade, la care se adaugă anomalii cutanate diverse şi tendinţa la producţii tumorale. În acest cadru clinico-psihiatric intră următoarele afecţiuni:

- scleroza tuberoasă Bourneville;
- neurofibromatoza Recklinghausen;
- angiomatozele cerebrale (maladia Sturge-Weber sau angiomatoza encefalotrigeminală şi maladia Hippel-Lindau sau angiomatoza retino-cerebeloasă).

2. *Arieraţiile dismetabolice*

În această grupă sunt incluse sindroamele caracterizate printr-o incapacitate, transmisă genetic, de a metaboliza anumite substanţe (lipide, protide etc.) ale căror produse intermediare de metabolism se acumulează în organism, producând tulburări biochimice ale neuronilor de diferite tipuri. În sensul acesta, se descriu următoarele forme clinice:

- idioţia amaurotică sau maladia Tay-Sachs, cauzată de o lipoidoză;
- oligofrenia cetonpiruvică.

3. *Arieraţiile disendocriniene*

Aceste stări sunt cauzate, de regulă, de o insuficienţă tiroidiană şi se manifestă, din punct de vedere clinico-psihiatric, sub forma oligofreniilor tiroidiene sau mixoedematoase, care pot fi de două forme:

- idioţia mixoedematoasă Bourneville;
- cretinismul mixoedematos.

4. *Arieraţiile prin embriopatii infecţioase*

Acest grup de oligofrenii recunosc drept agent patogen un microb, un virus sau un parazit care, pătruns pe cale hematică din organismul mamei în cel al fătului, poate acţiona în sensul modificării disembriogenetice a acestuia, direct sau prin toxinele pe care le produce. Ca forme clinico-psihiatrice, sunt citate următoarele:
- embriopatia rubeolică;
- toxoplasmoza congenitală;
- sifilisul congenital.

5. *Sindromul Down*

Cunoscut şi sub numele de *mongolism*, acest sindrom reprezintă o stare de arieraţie mintală întâlnită cu o frecvenţă de 1% în populaţie. A fost descris de Langdon Down (1866) sub numele de *idioţie mongoloidă*. Un mic procent dintre aceştia sunt idioţi propriu-zis, pe când restul de 60% sunt imbecili sau debili mintal.

Sindromul Down are un tablou clinico-psihiatric caracteristic, reprezentat prin următoarele trăsături psihopatologice: hipostatură, facies mongoloid, hipertelorism şi ochi cu epicantus, limbă plicaturată sau scrotală, stabism intern, nas aplatizat, gură întredeschisă, mână scurtă şi pătrată. În plus, se notează dificultăţi de mers, abdomen destins, hipotonie musculară, hiperlaxitate ligamentară.

Această categorie de oligofreni sunt docili, afectuoşi, sensibili la ritm şi muzică, dar prezintă frecvente tulburări caracteriale (instabilitate, agresivitate, opoziţie, negativism).

Se constată existenţa unor malformaţii şi în sfera somatică, reprezentate prin tumori, malformaţii cardiace, o mare sensibilitate sau receptivitate la infecţiile acute.

Etiologia acestei oligofrenii s-a stabilit a fi de natură genetică printr-un defect specific al cromozomului 21. Din acest motiv, mai este cunoscută în literatura de specialitate ca „trizomia cromozomului 21".

6. *Oligofreniile cu malformaţii craniene*

Oligofreniile din această grupă, de regulă medii sau severe, sunt cauzate de factori genetici şi caracterizează anumite grupuri familiale, afecţiunea având caracter eredo-familial. Această grupă, caracterizată prin malformaţii craniene, faciale, la care se pot asocia şi malformaţii ale membrelor, a fost studiată de Appert, Cruzon, P. Marie etc. În această categorie sunt incluse următoarele forme clinico-psihiatrice:
- hidrocefaliile congenitale;
- idioţiile microcefalice sau sinostozele craniene precoce;
- disostoza craniofacială sau maladia Cruzon;
- acrocefalosindactilia sau maladia Appert.

7. *Hipsaritmia*

Hipsaritmia sau *maladia spasmului în flexiune* este o oligofrenie severă la care se asociază spasme generalizate în flexiune, scurte şi unice sau sub formă de accese. Are un traseu bioelectric cerebral (EEG) specific.

Am prezentat anterior aspectele psihopatologice ale stărilor de arieraţie mintală sau ale oligofreniilor. Acestea nu trebuie considerate boli, în sensul accepţiunilor psihiatrice, ci stări de deficienţă psihică legate de o tulburare în dezvoltarea psihică globală a personalităţii, aşa cum am arătat anterior în lucrarea de faţă.

Spre deosebire de persoanele normale psihic sau de bolnavii psihic, oligofrenii au forme particulare de reacţie, stări nevrotice, tulburări de comportament sau psihoze. Aceste tulburări psihopatologice se dezvoltă pe un teren psihic fragil, având caracteristici specifice, motiv pentru care, în continuare, vom studia aspectele psihopatologice ale psihozelor debililor, aşa cum sunt ele cunoscute şi etichetate în literatura ştiinţifică de specialitate (K. Schneider).

Psihozele debililor

K. Schneider, care a acordat o atenţie specială studiului acestui cadru nosologic, face de la început precizarea că *starea de debilitate mintală* este cea care, din punct de vedere psihopatologic, este opusă *inteligenţei*.

În ceea ce priveşte inteligenţa, autorul citat o leagă de sfera gândirii, definind-o în felul următor: „Inteligenţa este totalitatea aptitudinilor şi a realizărilor gândirii cu aplicarea sa practică la scopurile imediate, teoretice şi practice ale existenţei cotidiene" (K. Schneider).

Pentru W. Stern, „inteligenţa este capacitatea de a se adapta la exigenţe noi utilizând mijloacele intelectuale într-un mod eficient".

Definirea oligofreniilor în funcţie de nivelul de dezvoltare a inteligenţei este principalul criteriu psihopatologic. Acesta reiese şi din definiţia pe care A. Porot o dă *oligofreniei*: „Oprirea sau insuficienta dezvoltare a facultăţilor intelectuale, punând pe unii indivizi într-o stare de inferioritate, mai mult sau mai puţin gravă, în ceea ce priveşte adaptarea acestora la exigenţele vieţii şi posibilităţile lor de instrucţie".

K. Schneider, mergând pe această linie, face o analiză a „formelor de gândire la oligofreni". Acest aspect se răsfrânge şi asupra personalităţii lor. Este vorba de „personalităţi primitive nediferenţiate", subliniindu-se în felul acesta faptul că „nu este posibil să întâlnim o personalitate diferenţiată în straturile inferioare ale debilităţii mintale" (K. Schneider).

Încercând să stabilească o tipologie caracterologică a debililor mintal, K. Schneider izolează următoarele tipuri:

- pasivul indolent;
- desfrânatul leneş;
- încăpăţânatul amorţit;
- recalcitrantul descreierat;
- eternul înmărmurit;

- vicleanul încăpăţânat ;
- perfidul viclean ;
- inoportunul nevinovat ;
- lăudărosul fanfaron ;
- ofensatul cronic ;
- insultătorul agresiv.

Recunoaştem cu uşurinţă în tipurile de mai sus nota preocupărilor de „psiho-caracterologie morală" ale lui K. Schneider, pe care o regăsim şi în clasificarea făcută de acesta în cazul personalităţilor psihopatologice. Toate tipurile de mai sus trebuie considerate ca reprezentând baza comportamentului debililor. În raport cu cele spuse deja, se explică şi modalităţile de a reacţiona ale acestor indivizi – prin panică – la evenimentele vieţii cotidiene.

În ceea ce priveşte *psihozele debililor*, K. Schneider distinge următoarele aspecte :

a) debilitatea, considerată o simplă variaţie a aptitudinilor intelectuale ;
b) debilitatea morbidă, survenind ca o consecinţă a proceselor unei boli sau a unor malformaţii.

Se ridică problema dacă psihozele debililor pot fi puse în relaţie cu starea de fapt a debilităţii mintale şi cu modul în care trebuie considerată aceasta.

Sunt semnalate, deosebit de frecvent, ca forme de manifestare a psihozelor debililor, stările episodice de excitaţie. Psihozele ciclice sunt rar semnalate la debilii mintal, în schimb sunt semnalate psihoze de tip schizofrenic, cunoscute sub denumirea de „schizofrenie grefată" (pe fondul psihic al debilităţii mintale). În aceste cazuri, debilitatea mintală acţionează în sens patoplastic, dând o formă particulară imaginii simptomatice a tabloului clinic.

K. Schneider crede că debilitatea mintală şi schizofrenia ar fi, ca dispoziţii psihopatologice, „două ramuri ale aceluiaşi arbore". În ceea ce priveşte însă „schizofrenia grefată", trebuie admisă o anumită „predispoziţie constituţională" la schizofrenie, şi nu neapărat existenţa debilităţii mintale.

31. Demenţele

Cadru general

Demenţa este o slăbire psihică profundă, globală şi progresivă, care alterează profund funcţiile intelectuale bazale şi dezintegrează conduitele sociale ale individului. Demenţa atinge personalitatea până la nivelul structurii sale ca „fiinţă raţională", sistemul valorilor sale logice, de cunoaştere şi judecată, precum şi adaptarea la mediul social al bolnavului (H. Ey).

Termenul *demenţă* denumeşte o constelaţie de manifestări psihopatologice cu o etiologie nespecifică şi o semiologie clinică eterogenă. Demenţa este de la început caracterizată printr-o slăbire persistentă şi progresivă a memoriei şi cogniţiei în absenţa tulburărilor de conştiinţă, având ca rezultat limitarea posibilităţilor bolnavului de a-şi îndeplini activităţile curente (H. Lauler şi A. Kurz).

În cazul demenţelor, schimbările patologice ale proceselor cognitive sunt asociate cu modificări ale controlului afectelor şi comportamentului social. Acest sindrom poate fi produs de multe afecţiuni sistemice şi neurologice care afectează diferitele părţi ale creierului şi care au forme de evoluţie variate. Demenţele au etiologii extrem de eterogene, la fel ca manifestările lor clinice.

Primele leziuni sunt situate la nivelul lobilor frontali ai creierului, fiind asociate cu schimbări de personalitate, pierderea iniţiativei şi sărăcirea limbajului. Leziunilor lobilor cerebrali temporali şi parietali li se asociază şi tulburări de memorie şi orientare.

Din punct de vedere clinico-psihiatric, tabloul stărilor demenţiale se caracterizează prin următoarele : tulburări psihice, tulburări neurologice, tulburări somatice, schimbări în conduita şi atitudinea socială, aspecte medico-legale.

În evoluţia lor, *stările demenţiale* înregistrează mai multe faze şi grade. Când demenţa este incipientă şi mai puţin profundă, se vorbeşte de o *slăbire de tip demenţial* a intelectului. Când aceasta are un aspect subclinic, decelabil numai la testele psihodiagnostice, se vorbeşte despre o stare de *deteriorare mintală*.

În ceea ce priveşte potenţialul evolutiv al demenţei, acesta depinde în principal de procesele cerebrale care-l condiţionează. Iniţial s-a considerat că demenţele reprezintă un grup nosologic caracterizat printr-o degradare ireversibilă, cronică şi progresivă, cu caracter incurabil. Rezultatele terapeutice obţinute însă în cazul formelor demenţiale ale PGP au modificat întru câtva aceste aspecte.

Din această categorie de afecţiuni psihiatrice, cu caracter psihoorganic cerebral, fac parte următoarele afecţiuni :

- maladia Pick ;
- maladia Alzheimer ;
- maladia Creutzfeld-Jakob ;

- coreea cronică Huntington;
- demenţa presenilă cu atrofie cerebeloasă;
- demenţa presenilă cu degenerescenţă talamică;
- demenţa presenilă simplă Gillespie;
- catatonia tardivă;
- maladia Parkinson;
- demenţa senilă simplă;
- prezbiofrenia;
- demenţele secundare (vasculare, posttraumatice, toxice etc.).

Psihopatologia demenţelor

În evoluţia clinică a demenţelor se delimitează patru stadii, în raport cu tipul şi gradul de alterare a funcţiilor psihice ale bolnavilor, aşa cum se poate vedea din tabelul de mai jos (A. Kunz şi H. Lanter):

Tipul de tulburare	Stadiul clinic al demenţei			
	Predemenţă	Demenţă uşoară	Demenţă moderată	Demenţă severă
Achiziţia de informaţii	+	++	+++	+++
Evocarea mnezică	–	(+)	++	+++
Procesele de gândire	–	+	+++	+++
Orientarea T-S	–	+	+++	+++
Orientarea în casă	–	(+)	++	+++
Limbajul	–	(+)	++	+++
Recunoaşterea obiectelor şi a persoanelor	–	(+)	++	+++
Copierea figurilor şi reprezentarea spaţială	–	(+)	++	+++
Manipularea obiectelor	–	(+)	++	+++
Sarcini cotidiene	(+)	++	+++	+++
Îngrijirea locuinţei	–	+	++	+++
Îmbrăcatul, spălatul	–	–	++	+++
Hrănitul	–	–	–	++

În tabelul de mai sus, gradul de severitate a demenţelor este reprezentat în felul următor:

– absenţa tulburărilor
(+) tulburări minime
+ tulburări uşoare
+ + tulburări moderate
+ + + tulburări severe

În aprecierea psihopatologică a demenţelor, H. Ey descrie existenţa a trei grade care desemnează „profunzimea" procesului:

a) demenţa cronică şi ireversibilă, evidentă clinic ;
b) o formă de intensitate medie care, pentru a fi precizată, necesită investigaţii clinice şi paraclinice ;
c) o formă care, fiind inaparentă clinic, poate fi detectată numai cu ajutorul examenului psihodiagnostic, care pune în evidenţă o stare de deteriorare mintală a subiectului.

Vom prezenta în continuare caracteristicile psihopatologice ale acestor trei grupe.

1. *Demenţa cronică şi ireversibilă*

Aceasta are ca model clinico-psihiatric demenţa senilă. Din punct de vedere psihopatologic, este semnalată prezenţa unor tipuri de tulburări psihice.

Modificarea comportamentului general al bolnavului este reprezentată prin următoarele aspecte :

- modul de a se prezenta (neîngrijit, murdar) ;
- tulburări ale activităţii (dezordonat, insolit, absurd) ;
- pierderea iniţiativei, a capacităţii de a se adapta la situaţia vitală, incapacitatea de a se autoconduce ;
- tulburări de limbaj, de scris şi de citit ;
- dezorientarea auto- şi alopsihică, dezorientare temporal-spaţială ;
- tulburări de dispoziţie afectivă (iritabilitate, labilitate emoţională, plâns etc.).

2. *Demenţa de tip mediu*

Aceasta are ca model clinico-psihiatric PGP. Din punct de vedere psihopatologic, remarcăm prezenţa unor tulburări psihice, tulburări de comportament şi activitate profesională, manifestate prin : acte absurde, cumpărarea unor lucruri neimportante ; schimbarea conduitei familiale, a celei de la locul de muncă sau a comportamentului social. Examenele suplimentare ale bolnavilor vor pune în evidenţă următoarele aspecte :

- bilanţul clinic al stării demenţiale va fi evaluat prin probe psihometrice ;
- bilanţul somatic va fi evidenţiat şi completat prin investigarea tulburărilor neurologice ;
- utilizarea probelor paraclinice de precizare a existenţei unui proces organic lezional cerebral.

Concluziile investigaţiilor vor pune în evidenţă următoarele aspecte :

- tulburări de comportament : ţinută, mimică, relaţii interpersonale, dispoziţie emoţională ;
- tulburarea fondului mintal şi a capacităţilor operaţionale reprezentate prin : tulburări de atenţie, de memorie, dezorientare temporal-spaţială, tulburări de limbaj ;
- tulburări de judecată privind, în primul rând, activitatea sintetică globală, achiziţia de cunoştinţe noi, raţionamentul logic ;
- tulburări de dispoziţie emoţională şi prezenţa unor idei delirante, expansiv-fabulatorii, în sfera gândirii.

3. *Demenţa incipientă*

Această formă de demenţă se caracterizează printr-o slăbire intelectuală şi are ca model clinico-psihiatric *demenţa posttraumatică*.

Din punct de vedere psihopatologic, slăbirea intelectuală este mult mai discretă, fapt care face adesea ca aceasta să scape observaţiei clinico-psihiatrice sau să fie greu şi imprecis de diagnosticat. Din acest motiv, se impune o investigare-evaluare psihodiagnostică a stării mintale a acestei categorii de bolnavi.

În acest caz, dat fiind gradul clinico-psihiatric redus al tulburării, se vorbeşte despre o stare de deteriorare mintală. Întrucât gradele de deteriorare mintală sunt foarte greu de apreciat din punct de vedere clinico-psihiatric, se va recurge la metodele de psihodiagnosticare. Aceste investigaţii urmăresc două aspecte: punerea în evidenţă a tulburărilor psihice, prin intermediul examenului clinic, şi evaluarea prognostică a stării de deteriorare mintală.

a) *Examenul clinico-psihiatric* va pune în evidenţă un fenomen psihopatologic specific, numit de specialişti claudicaţie psihică, caracterizat prin următoarele forme de tulburări:
   - tulburări de memorie constând în amnezia numelor proprii, uitarea faptelor personale, amnezie lacunară (amintirile vechi sunt conservate, iar cele recente se şterg în conformitate cu legile lui T. Ribot);
   - diferite tulburări de atenţie;
   - tulburări de ideaţie.

b) *Evaluarea prognostică* a stării de deteriorare mintală se face prin intermediul probelor examenului psihodiagnostic al bolnavului. Prin aceasta se urmăreşte a fi pusă în evidenţă şi măsurată starea de deteriorare mintală, de care depinde, în final, prognosticul bolnavului respectiv.

P. Pichot (1949) defineşte *starea de deteriorare mintală* în felul următor: „Diferenţa dintre eficienţa anterioară şi eficienţa actuală". Trebuie notat faptul că psihodiagnosticul pune în evidenţă acest aspect, dar cu rezerva că la data examinării este evaluată „eficienţa actuală", pe când „eficienţa anterioară" nu o putem cunoaşte şi nici aprecia. În acest caz, suntem obligaţi să ţinem seama şi de gradul de „deteriorare fiziologică" produsă de vârsta bolnavului respectiv.

Referitor la procesul de deteriorare, Wechsler vorbeşte despre o *deteriorare posibilă*, caracterizată prin pierderea a 10% din capacitatea intelectuală şi de o *deteriorare certă*, caracterizată prin pierderea a 20%.

Examenele complementare de psihometrie care se impun sunt următoarele:

- testul vocabularului Benois-Pichot;
- testul Bentan;
- testul Raven;
- testul Rorschach.

Personalitatea dementului

Din cele expuse mai sus se poate desprinde faptul că în psihopatologie „demenţa este o dezorganizare a Eului care merge până la infrastructura fiinţei raţionale" (H. Ey). În sensul acesta, „Eul demenţial" se caracterizează, în primul rând, printr-o afectare a

intelectului, manifestată prin tulburări de judecată (raţionament), pierderea simţului critic şi autocritic. Ele sunt legate de aspectul sau de latura operaţională a inteligenţei ori de activitatea sintetică mintală. Corelat acestor aspecte, se notează, în plus, următoarele:
- dispariţia sau pierderea valorilor etice;
- indiferenţă faţă de valorile logice;
- regresiunea la un nivel de „viaţă animală" sau „vegetativă";
- sărăcirea Eului până la golirea sa de orice conţinut.

Formele clinice ale demenţelor

Din punct de vedere psihopatologic, H. Ey distinge două grupe de stări demenţiale: *demenţele organice* şi *demenţele vesanice*. Le vom prezenta în continuare.

1. *Demenţele organice* sunt determinate de afecţiuni lezionale ale creierului şi se caracterizează printr-o slăbire intelectuală lacunară, cu simptome de leziuni cerebrale în focare (amnezii, afazii, apraxii etc.) sau prin semne clinice minore şi disparate (dismnezii, perseverări, anxietate, iritabilitate etc.). În această grupă de tulburări de tip demenţial sunt încadrate următoarele forme clinice:
   a) *demenţele organice secundare* (ASC, tumori cerebrale, traumatismele cranio-cerebrale etc.);
   b) *demenţele abiotrofice primare* (Pick, Alzheimer, senilă, Creutzfeld-Jakob, sindroamele parkinsoniene, coreea cronică Huntington).
2. *Demenţele vesanice* sunt afecţiuni psihiatrice secundare ce apar ca urmare a unei evoluţii îndelungate a proceselor psihotice de tip endogen. În sensul acesta, sunt menţionate următoarele forme clinice:
   a) demenţa apato-abulică, ce poate fi întâlnită în unele cazuri de evoluţie gravă, îndelungată a schizofreniei;
   b) stările demenţiale consecutive evoluţiei unor procese psihotice din cursul delirurilor cronice;
   c) PMD se poate uneori termina cu o stare de tip demenţial.

Cele de mai sus reprezintă *cadrul psihopatologic* în care sunt dispuse *formele clinico-psihiatrice* ale demenţelor, pe care le vom prezenta în continuare.

În aprecierea stărilor demenţiale şi a bătrâneţii propriu-zise, trebuie făcută diferenţa dintre senilitate şi involuţie. Senilitatea este procesul de alterare fiziopatologică şi psihopatologică a creierului, pe când involuţia este procesul natural de declin fiziologic şi psihologic al vieţii psihice.

Ch. Muller insistă asupra relaţiei care trebuie foarte bine precizată dintre îmbătrânirea fiziologică şi senilitate. Când se transformă „bătrâneţea" în boală? De obicei, membrii familiei bolnavului sunt cei care observă şi pot indica primii, cu o siguranţă uimitoare, în ce moment au apărut primele simptome ale demenţei.

K. Birnbaum relatează în sensul acesta descrierile lui Wasianowski, referitoare la demenţa senilă a lui I. Kant. Redăm în continuare câteva extrase mai semnificative din însemnările lui Wasianowski, care l-a îngrijit pe I. Kant, în ultima perioadă a vieţii acestuia.

> Un defect pe care-l prezenta Kant în timpul vieţii, într-o măsură imperceptibilă, era un fel particular de a fi distrat în lucrurile vieţii curente, dar care în decursul anilor a atins un grad din ce în ce mai pronunţat. Treptat, începe să repete aceleaşi lucruri de mai multe ori

pe zi... Prin cuvinte, Kant, mai ales în ultimele săptămâni de viaţă, începuse să se exprime într-un fel foarte nepotrivit... În această etapă, marele gânditor nu mai era capabil de a înţelege nimic din viaţa curentă... Apoi a început a confunda tot ceea ce-l înconjura; pe sora sa, medicul şi, în cele din urmă, pe servitorul său... Bunăvoinţa sa obişnuită s-a transformat în indiferenţă totală.

În cursul demenţei senile îşi fac apariţia diferite fenomene psihopatologice negative. J. de Ajuriaguerra a izolat, în sensul acesta, trei grupe clinice în cadrul demenţei senile, în raport cu caracteristicile psihopatologice care le definesc pe fiecare dintre acestea:

- Grupa 1: cuprinde demenţele senile simple cu un sindrom amnestic, mai mult sau mai puţin important, cu deficite operatorii şi de organizare a spaţiului, fără un sindrom afazo-apracto-agnozic şi fără semne neurologice.
- Grupa 2: cuprinde demenţele senile cu sindrom amnestic, tulburări neurologice, tulburări de limbaj, debutul unor apraxii ideatorii şi ideo-motorii, apraxie constructivă totală.
- Grupa 3: reuneşte bolnavi cu demenţă senilă, prezentând o stare de „alzheimerizare" completă. Această „alzheimerizare" a demenţei senile are un dublu aspect, atât anatomopatologic, cât şi clinic. Aceşti bolnavi sfârşesc prin a adopta aspectul clinic al demenţei presenile Alzheimer.

După această delimitare a cadrului involuţiei şi senilităţii, putem trece la expunerea sistematică a formelor clinico-psihiatrice de demenţe.

1. *Demenţa senilă*

Această afecţiune psihică este caracteristică vârstei înaintate. Ea se instalează după 65-70 de ani, fiind consecinţa unui proces de senilitate cu atrofie cortico-cerebrală difuză a creierului. Debutul clinic este de două feluri:

- debut clinic insidios, caracterizat prin: instalarea unui deficit progresiv de tulburări de memorie şi caracter, uitări, neglijenţe, indiferentism faţă de ocupaţiile obişnuite, meschinării, egoism, neîncredere etc.;
- debut sub formă de episoade acute, caracterizate prin următoarele tulburări: agitaţie psihomotoare, fugi, conduite delictuale, somnolenţă diurnă cu insomnii nocturne, vagabondaj, episoade confuzionale cu dezorientare temporal-spaţială, idei delirante de prejudiciu, stări depresive şi ipohondriace, melancolie anxioasă, delir de autoacuzare şi persecuţie.

Tabloul clinic al demenţei senile se caracterizează prin următoarele aspecte psihopatologice:

- ţinuta neîngrijită a bolnavului şi o stare de igienă personală deficitară;
- activitate dezordonată;
- colecţionarism de obiecte eteroclite şi inutile, cu caracter bizar sau chiar absurd;
- inversarea ritmului somn-veghe;
- bulimie;
- deficit de memorie cu uitarea faptelor recente şi incapacitatea achiziţiei unor date noi, în conformitate cu „legile memoriei" (T. Ribot); (Regresiunea mnezică a evoluţiei se face de la cel mai recent la cel mai vechi, de la cel mai fragil la cel mai solid. În felul acesta, amintirile din copilărie cu o mare încărcătură afectivă sunt cel mai bine conservate.)

- dezorientare temporal-spațială ;
- tulburări de limbaj, de tipul afaziei amnestice ;
- tulburarea funcțiilor sintetice de bază (atenție deficitară, percepții sumare și fragmentare) ;
- tulburări intelectuale ;
- regresiunea instinctivo-afectivă ;
- tulburări de caracter (iritabilitate, mânie, autoritarism, exaltarea sentimentului de proprietate, zgârcenie, gelozie, tulburări de comportament erotic, reacții impulsive, suicid).

Evoluția clinică a demenței senile are caracter progresiv, de la câteva luni la câțiva ani, sfârșind cu demență intelectuală și stare de cașexie.

2. *Prezbiofrenia*

A fost descrisă de Wernicke (1906) și reprezintă o variantă clinică a demenței senile, fiind caracterizată prin următoarele aspecte psihopatologice :

- amnezie de fixare ;
- dezorientare temporal-spațială ;
- fabulație ;
- deteriorare mintală lejeră.

Această afecțiune apare în special la femei, cu conservarea aspectului exterior, a ținutei și chiar a cochetăriei. Tulburările de memorie constau într-o amnezie de fixare, în special a datelor recente. Ea este însă compensată de producții fabulative și de false recunoașteri de tipul paramneziilor.

Deficitul intelectual este construit, dar nu are gravitatea pe care o întâlnim în demența senilă simplă. Sentimentele afective și cele morale sunt, în general, bine conservate.

3. *Demențele abiotrofice presenile*

Acest grup de demențe apar în perioada presenilă în urma unui proces specific de abiotrofie cerebrală care antrenează o stare de disoluție progresivă a funcțiilor instrumentale ale limbajului, praxiilor și gnoziilor. Se constată o atrofie corticală cu predominanță lobară, ca localizare cerebrală.

Din punct de vedere psihopatologic și anatomoclinic, se descriu două forme clinice : demența Pick și demența Alzheimer.

Debutul clinic al bolii se situează în jurul vârstei de 45-65 de ani, sexul feminin fiind, statistic, mai vulnerabil. Se notează forme familiale, fapt care pledează în favoarea unui factor de eredo-degenerescență sistematizată a acestor afecțiuni. Vom prezenta în continuare caracteristicile clinice ale celor două forme de demențe presenile.

Demența Pick

Afecțiunea a fost descrisă de Pick (întâi în 1892 și, ulterior, în 1906), apoi de către Alzheimer (1911). Ea este definită ca „un tip particular de demență asociat cu tulburarea funcțiilor simbolice, apărând la o vârstă presenilă, în raport cu debutul demenței senile,

şi este datorată unei atrofii eredo-degenerative cortico-cerebrale, circumscrisă la regiunea fronto-temporală” (H. Ey).

Debutul clinic are un caracter progresiv, cu deficit de atenţie, memorie şi judecată. Cele mai caracteristice sunt tulburările de comportament (acte bizare), afectivitate şi funcţii simbolice. Bolnavul îşi pierde iniţiativa, devine apatic sau chiar achinetic. Se remarcă bufeuri de agitaţie, cu logoree şi euforie puerilă de tip moriatic.

În sfera limbajului se notează o sărăcie a vocabularului cu tendinţă spre stereotipii. Guiraud a izolat, din punct de vedere psihopatologic, un sindrom constant şi specific, PEMA, caracterizat prin următoarele:

- palilalie şi paligrafie;
- ecolalie;
- mimetism;
- amimie.

Se mai notează, în plus, crize de hipotonie paroxistică şi, foarte rar, crize de epilepsie. Starea demenţială se accentuează în decurs de câţiva ani, cu evoluţie către incontinenţă, hipertonii musculare şi stare de caşexie.

Demenţa Alzheimer

Această afecţiune este o demenţă caracterizată printr-un proces abiotrofic cerebral mai extins şi care, din punct de vedere psihopatologic, implică un comportament dezorganizat, tulburări agnozo-afazo-apraxice şi hipertonie musculară.

Boala a fost descrisă de Alzheimer (1906). Debutul clinic este semnalat în jurul vârstei de 55 de ani, având un caracter insidios. Iniţial se notează tulburări de atenţie şi de memorie, dezorientare temporal-spaţială, tulburări de limbaj (ecolalie, palilalie, logoclonie), tulburări praxo-gnozice (apraxia îmbrăcatului), o perseverare neproductivă. La cele deja expuse se asociază tulburări neurologice (tulburări de tonus muscular, de mers, crize de epilepsie).

Distribuţia topografică a leziunilor abiotrofice cortico-cerebrale este difuză, mai puţin circumscrisă decât în cazul demenţei Pick.

4. *Demenţa Creutzfeld-Jakob*

Boala a fost descrisă de Creutzfeld (1920) şi este un proces abiotrofic cerebral. Debutul se situează în jurul vârstei de 50 de ani, cu un sindrom extrapiramidal de tip coreo-atetozic, mioclonii, hipotonie, disartrie, la care se asociază rapid o stare demenţială profundă.

5. *Coreea cronică Huntington*

Afecţiune ereditară, degenerativă, cu debut clinic situat între 30 şi 45 de ani şi evoluţie lentă de 20-30 de ani. Din punct de vedere clinic, aceasta constă dintr-un sindrom coreic cronic, la care se asociază tulburări psihice diferite: tulburări de caracter, iritabilitate, mânie, variaţii ale dispoziţiei afective, depresii, raptusuri suicidare, deficit intelectual lent şi progresiv, apatie, lipsă de iniţiativă similară celei din cursul demenţei Pick.

6. *Boala Parkinson*

Aceasta este o afecţiune degenerativă ereditară şi familială. Din punct de vedere clinic, se caracterizează printr-un sindrom motor extrapiramidal hipertonic-hipochinetic. La această evoluţie clinică progresivă se asociază şi o atrofie cortico-cerebrală care duce în final la instalarea unei stări de demenţă. În prezent se consideră că tabloul clinic este rezultatul unei asocieri între *sindromul parkinsonian* (extrapiramidal) şi *sindromul demenţial* (psihoorganic cerebral).

7. *Hidrocefalia cu presiune normală*

Această afecţiune clinică a fost descrisă de Hakim şi Adams (1965), fiind caracterizată prin demenţă, tulburări de mers, incontinenţă urinară.

8. *Demenţa presenilă cu atrofie corticală*

Aceasta reprezintă o afecţiune mai rară, recent considerată ca asemănătoare clinic demenţelor presenile. Este o afecţiune degenerativă care se caracterizează, din punct de vedere clinic şi anatomopatologic, prin următoarele aspecte :

- atrofie corticală ;
- atrofie olivo-ponto-cerebeloasă ;
- ataxie cerebeloasă ;
- sindrom demenţial.

9. *Demenţa presenilă cu degenerescenţă talamică*

Aceasta este o afecţiune complexă care se caracterizează prin următoarele tulburări :

- demenţă severă ;
- hipersomnie ;
- hipertonie musculară ;
- poziţie rigidă a corpului.

Afecţiunea este superpozabilă pe aspectele clinice ale bolii descrise de Hallervorden şi Spatz.

10. *Sindromul lui Heidenheim*

Acesta pare a fi înrudit cu maladia Creutzfeld-Jakob. Se notează prezenţa unei cecităţi corticale asociate cu demenţa. Boala evoluează, din punct de vedere clinic, foarte rapid, prin demenţă, către moartea subiectului, în decurs de 4-6 luni.

11. *Maladia Hassin şi Levitin*

Afecţiunea reprezintă o demenţă progresivă, cu o evoluţie de circa doi ani, şi apare în jurul vârstei de 60 de ani. Pare a fi apropiată, din punct de vedere clinic, de maladia Creutzfeld-Jakob.

12. *Maladia Kraepelin*

Boala este o demenţă rapidă şi progresivă, cu agitaţie psihomotoare, depresie, tulburări de vorbire şi sindrom catatonic. Evoluţia clinică variază de la câteva luni la maximum doi ani.

32. Tulburările psihosomatice

Aspecte generale

Gândirea medicală tradiţională consideră patologia ca fiind expresia unui anumit tip de relaţie dintre organismul uman şi mediul său înconjurător. În virtutea tendinţelor sale naturale, organismul îşi formează şi menţine o stare de echilibru biologic intern prin procesul de *homeostazie* şi, în mod egal, îşi formează şi menţine o stare de echilibru psihic intern prin starea de *echitimie.*

Factorii existenţi în mediul extern influenţează starea de echilibru psihobiologic a organismului, favorizând fie o stare de echilibru sau de normalitate, fie provocând o stare de dezechilibru, de anormalitate sau boală, prin intermediul a două categorii de factori :

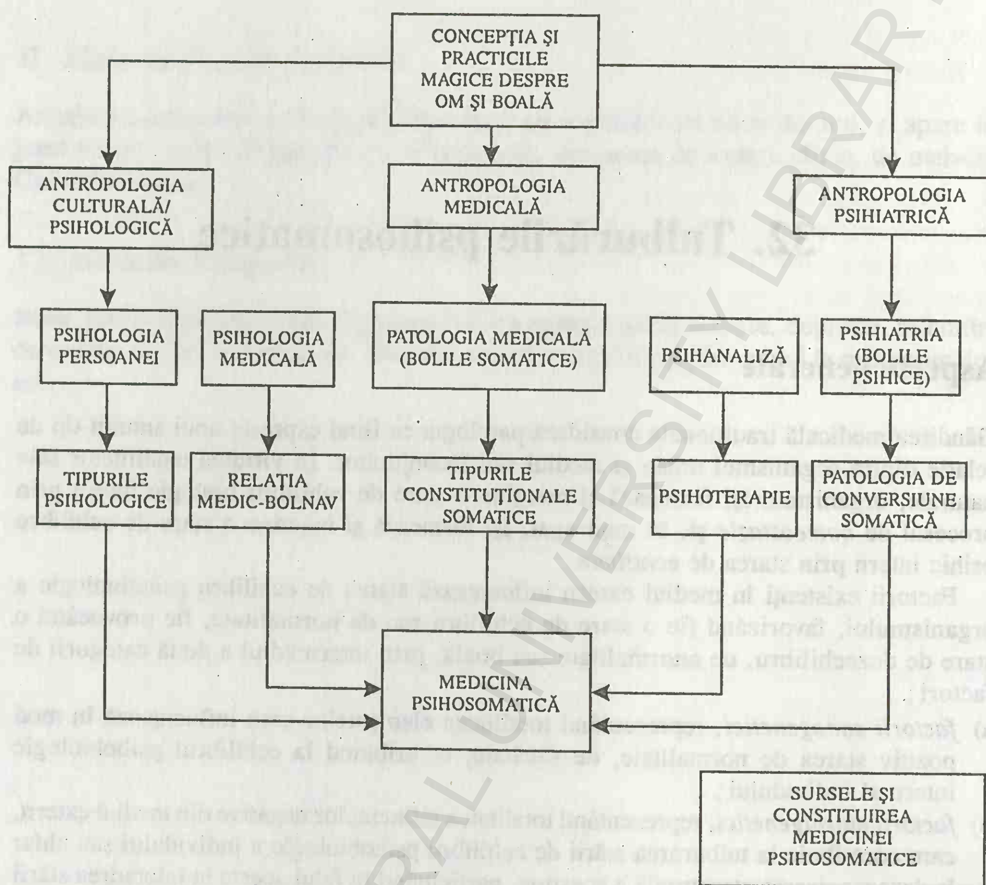
a) *factorii sanogenetici*, reprezentând totalitatea elementelor care influenţează în mod pozitiv starea de normalitate, de sănătate, contribuind la echilibrul psihobiologic intern al individului ;

b) *factorii morbigenetici*, reprezentând totalitatea influenţelor negative din mediul extern, care contribuie la tulburarea stării de echilibru psihobiologic a individului sau chiar la dezorganizarea structurală a acestuia, participând în felul acesta la înlocuirea stării de normalitate sau de sănătate cu cea de anormalitate sau de boală.

Rezultatul acţiunii factorilor agresivi, morbigenetici sau de stres asupra individului este diferit, în raport cu natura acestora, durata acţiunii lor, intensitatea şi circumstanţele favorizante care contribuie la finalizarea acţiunii patogene. Rezultatele acţiunii factorilor morbigenetici pot fi simple, uşoare, manifestate prin tulburări pasagere ale stării de normalitate, sau, dimpotrivă, pot fi deosebit de severe, ducând la tulburări organice sau funcţionale de diferite forme, grade de intensitate şi durată a evoluţiei clinice : veritabile stări patologice. Acestea pot fi : *boli somatice* sau *psihice.*

Trebuie menţionat însă faptul că, deşi medicina clasică trasează o demarcaţie netă între *patologia somatică* şi *patologia psihică*, cercetările moderne au pus în evidenţă existenţa unui grup de tulburări care interesează în mod egal atât sfera somatică, cât şi sfera psihică, configurând o *patologie psihosomatică.*

Patologia psihosomatică se constituie târziu în câmpul clinicii medicale ca o sinteză epistemologică derivată din concepţia despre om. Ea este, în primul rând, o viziune antropologică interdisciplinară ce reuneşte în sfera ei medicina somatică şi psihiatria, creând domeniul medicinei psihosomatice, aşa cum se poate vedea în schema de mai jos.



Patologia psihosomatică, dincolo de cerinţele imediate impuse de practica medicală, reprezintă o modalitate originală de „a gândi" boala şi bolnavul dintr-o perspectivă lărgită. Ea este o concepţie nouă, o nouă atitudine, atât „intelectuală", cât şi „practică", o viziune clinică atotcuprinzătoare în care „sfera somatică" şi „viaţa sufletească" a bolnavului nu mai sunt considerate separate şi diferite între ele.

Suferinţele psihosomatice ni se înfăţişează ca rezultat al unor interacţiuni complexe, reciproce între somatic şi psihic, constituind o „patologie" cu o configuraţie particulară raportată la conflictele de viaţă (de ordin fizic sau psihic) trăite de persoana bolnavului, interiorizate de acesta şi „exprimate" clinic prin suferinţe somatice.

Existenţa, universal recunoscută şi admisă, a patologiei psihosomatice pune în discuţie însuşi „modelul tradiţional de gândire medicală". Acesta se întemeia pe *dualismul somatic/psihic*, considerat ca reprezentând cele două părţi constitutive ale organismului uman, ale individului, fundamental opuse şi diferite din punct de vedere clinico-medical.

Patologia psihosomatică aduce în discuţie *efectul factorilor emoţionali* în geneza unor afecţiuni somatice, tipul de *reacţie somatică* a persoanei umane la factorii stresanţi, precum şi, în mod invers, modalitatea de „manifestare somatică" a unor suferinţe psihice sau „somatizarea" acestora în unele cazuri de nevroze. Sunt la fel de bine-cunoscute *manifestările psihice* ale unor suferinţe somatice, reale sau imaginare. Concluzia care se

desprinde este că „emoţia are efectul unei reacţii a organismului la o situaţie" (P. Sivadon). Ea apare ca „o tensiune de apărare" a organismului faţă de agresiunile externe ale acestuia.

Existenţa patologiei psihosomatice deschide o nouă perspectivă „modelului de gândire medicală". Dacă modelul clasic de gândire medicală circumscria patologia, somatică sau psihică, în mod separat, la relaţia cauză – efect patologic, modelul de gândire medicală psihosomatic aduce în discuţie relaţia situaţie – emoţie – individ, în care emoţia devine un mediator interiorizat care direcţionează forţele de „apărare" şi „răspuns" fie în direcţia dezvoltării unor *reacţii somatice*, fie în direcţia dezvoltării unor *reacţii psihice*, în ambele situaţii, *emoţia interiorizată* reprezentând factorul declanşator al unor tulburări comune, psihosomatice.

Conflictele nerezolvate ale Eului conştient se pot manifesta prin descărcări emoţional-afective, în timp ce o stare emoţională de mare intensitate şi acţiune prelungită poate duce la instalarea unor modificări somatice de durată. În felul acesta, patologia psihosomatică ne apare ca un joc al echilibrului emoţional al individului în care sensul tulburărilor, ca aparenţă, poate fi predominant somatic sau predominant psihic, deşi, în ambele cazuri, sunt antrenate elemente atât din sfera somatică, cât şi din cea psihică. Aceste aspecte i-au făcut pe unii specialişti să vorbească despre *balansarea psihosomatică* (P. Sivadon).

În ceea ce priveşte specificitatea acţiunii conflictelor emoţionale, F. Alexander distinge două direcţii principale, şi anume:

a) tulburări emoţionale caracterizate prin „reacţii de agresivitate" sau „reacţii de fugă" de factură nevrotică şi din care fac parte următoarele tipuri de afecţiuni: tulburări cardiovasculare, hipertensiunea arterială;
b) tulburări emoţionale caracterizate prin „reacţii de retragere" a individului sau stări de dependenţă şi de regresiune prin care individul caută să evite situaţia emoţională psihotraumatizantă, având drept consecinţă tulburări neurovegetative diferite, cum ar fi: diaree, tulburări gastrointenstinale diferite, astm bronşic etc.

Definiţie şi caracteristici

Din cele de mai sus se poate desprinde faptul că este artificială orice încercare de a opera o separaţie între *sfera psihică* şi *sfera corporală* a persoanei umane (R. Pierloot şi J. Groen). Problema care se pune este de a şti dacă *soma* şi *psyché* sunt sau nu părţi distincte ale persoanei, cum sunt unite şi cum se influenţează reciproc. De fapt, aceasta este întreaga problemă a psihosomaticii: în realitate, coexistenţa somaticului şi a psihicului dovedeşte că ele sunt inseparabile şi complementare. Omul concret este o unitate somatopsihică, fapt admis de specialişti.

G.R. Heyer (1932) afirmă că „lumea somatică şi lumea psihică nu sunt separate, ci trebuie să le considerăm ca pe două forme de manifestare a vieţii". Pe aceste considerente, acelaşi autor recomandă să se studieze cauzalitatea comună atât a fenomenelor psihice, cât şi a fenomenelor somatice.

R. Strasser (1950) afirmă că „într-o fiinţă vie nu poate exista decât un singur principiu de organizare". Acest principiu reuneşte somaticul cu psihicul într-un singur

tot, iar manifestările lui, în condiţiile de dezechilibru patologic, sunt fie predominant somatice, fie predominant psihice sau psihosomatice.

E.D. Wittkower şi J. Cowan (1944) au atras atenţia asupra caracteristicilor psihice ale unor afecţiuni somatice şi invers:

a) existenţa unor manifestări somatice ale unor tulburări psihice;
b) manifestări somatice în cursul evoluţiei clinice a nevrozei obsesionale sau a psihozelor;
c) tulburările psihice din cursul nevrozelor au adesea un caracter predominant somatic, ca formă de manifestare clinică (oboseală, insomnii, scăderea libidoului etc.);
d) manifestări de conversiune motorie sau senzorială a unor tulburări psihice;
e) tulburări neurovegetative datorate unor disfuncţii emoţionale (cardiospasme, vomismente, constipaţie sau diaree, astm bronşic, dificultăţi de micţiune, ulcer gastric sau duodenal, hipertensiune arterială, diferite dermatoze);
f) influenţele psihogene asupra unor procese metabolice, endocrine sau imunitare;
g) modificări psihogenetice ale capacităţii de rezistenţă globală sau locală a organismului de aspecte diferite (stări alergice, infecţioase, herpes, angină, TBC).

Faţă de cele menţionate se desprinde cu claritate faptul că sfera psihosomatică se poate constitui ca un domeniu bine individualizat al patologiei generale şi, mai ales, că ea nu trebuie să fie exclusă, aşa cum vom arăta în continuare, din sfera psihopatologiei.

J.L. Halliday (1948) propune următoarele criterii pentru delimitarea afecţiunilor sau tulburărilor psihosomatice:

a) anamneza bolnavilor pune în evidenţă existenţa unui factor emoţional psihotraumatizant în geneza tulburărilor psihosomatice;
b) tipul de personalitate caracterizat printr-o „constituţie emotivă” constituie terenul pe care se pot dezvolta tulburările psihosomatice;
c) tipul sexului în distribuţia tulburărilor psihosomatice;
d) asocierea unor tulburări psihosomatice diferite la acelaşi individ exprimă o anumită „predispoziţie” pentru acest tip de afecţiuni;
e) antecedentele patologice familiale pun în evidenţă o anumită predispoziţie pentru tulburările psihosomatice transmise ereditar;
f) existenţa unei manifestări cu caracter periodic, ciclic a tulburărilor psihosomatice ale unei categorii de indivizi predispuşi.

J.L. Halliday denumeşte tulburările care corespund acestor criterii *afecţiuni psihosomatice*, iar J. Groen le numeşte *psihosomatoze*. Despre relaţia dintre afecţiunile somatice şi psihice am vorbit deja, când ne-am referit la relaţia dintre schizofrenie şi TBC.

Tulburările psihosomatice nu trebuie însă catalogate la fel cu *bolile somatice* sau *bolile psihice*. Ele au o configuraţie particulară, fiind caracterizate, în primul rând, de tulburări de ordin funcţional, care pot avea, din punct de vedere clinic, fie un aspect predominant somatic, fie un aspect predominant psihic, în asemenea măsură încât se poate vorbi despre „aspectul somatic al fenomenelor psihice şi de aspectul psihic al fenomenelor somatice” (R. Pierloot şi J. Groen).

Persoanele afectate de tulburări psihosomatice, deşi sunt personalităţi nevrotice, dau impresia generală, cel puţin exterior, de indivizi normali. O analiză mai atentă dezvăluie însă caracterul nevrotic interior al unor conflicte sau dezechilibre emoţionale. Acest aspect demonstrează încă o dată caracterul specific al tulburărilor psihosomatice,

diferenţa dintre acest grup de tulburări şi cele pur somatice sau pur psihice. Din aceste considerente, chiar definirea psihosomaticii este destul de dificil de făcut.

De regulă, prin psihosomatică se înţelege studiul general al raportului dintre fenomenele psihice şi cele somatice, în condiţiile în care considerăm sfera psihică şi sfera corporal-somatică drept modalităţi de manifestare diferită a aceleiaşi existenţe umane, dar făcând obiectul unor „domenii metodologice" diferite de cercetare sau de experiment ştiinţific. Acesta ar fi aspectul legat de relaţiile de normalitate dintre „somatic" şi „psihic".

Spre deosebire de psihosomatică, psihosomatica clinică sau patologia psihosomatică reprezintă studiul raportului dintre fenomenele psihice şi fenomenele somatice din cursul bolilor: avându-se în vedere raportul dintre „simptomele somatice" şi „simptomele psihice" care concură la constituirea aceluiaşi tablou clinic, realizând o „structură patologică în comun".

Mai rămâne de stabilit semnificaţia conceptului de *tulburare psihosomatică*, în sens larg. Tulburarea psihosomatică este o afecţiune somatică determinată de factori psihotraumatizanţi, de regulă, emoţional-afectivi. Într-un sens mai restrâns, prin tulburare psihosomatică înţelegem sindroamele sau simptomele în care influenţa factorilor psihici este net delimitată din punct de vedere clinic.

Aspecte psihoantropologice

Din cele expuse mai sus se poate vedea aspectul particular al tulburărilor psihosomatice, în raport cu tulburările psihice pure şi cu cele exclusiv somatice. Situarea celor dintâi la „jumătatea" patologiei, între somatic şi psihic, şi împrumutând caracteristici din ambele domenii justifică interesul psihopatologiei pentru acest tip de tulburări. Psihopatologia nu este însă o specialitate medicală. Ea nu este interesată de aspectul medical al tulburărilor psihosomatice, ci de semnificaţia psihoantropologică a acestui grup de tulburări.

Aşa cum am mai arătat în lucrarea noastră, boala este un fenomen care interesează persoana umană în totalitatea ei, având un caracter antropologic. În egală măsură, condiţia omului fiind starea de normalitate, respectiv sănătatea, boala ne apare ca un „accident" în interiorul normalităţii, al desfăşurării vieţii individului, având prin aceasta şi un aspect sau o dimensiune ontologică. Din acest motiv, o analiză antropologică a tulburărilor psihosomatice se impune. În sensul acesta, antropologia ne va furniza datele necesare înţelegerii reciprocităţii aspectelor psihice şi somatice care sunt implicate în sfera patologiei psihosomatice.

Dacă pentru medicină psihosomatica este un sector al patologiei generale, pentru antropologie, ea revelează un „alt aspect" al persoanei umane – aspectul globalităţii acesteia (L. Van der Horst, K. Jaspers, L. Binswanger, R. Pierloot şi J. Groen).

Existenţa umană, viaţa are o structură şi o dinamică unice (M. Heidegger, L. Binswanger, V. Frankl). Persoana nu este numai trup, ci şi suflet, iar manifestările sale vitale sunt „psihosomatice", susţine V. Frankl. Pentru L. Binswanger, „corpul şi psihismul nu sunt decât abstracţii ale unităţii indisolubile a fiinţei umane, a fiinţei antropologice". Ele nu pot fi separate decât arbitrar şi numai din necesităţi didactice.

Sensul bolii nu poate fi separat de sensul general al existenţei umane. Acest sens se află înscris în interiorul psihobiografiei persoanei respective sau, după expresia lui L. Binswanger, al istoriei vieţii interioare a acesteia. Boala, în acest caz, depăşeşte limitele sale pur şi exclusiv medicale, înscriindu-se într-o dimensiune ontologică ce poate fi înţeleasă printr-o analiză de tip psihologico-hermeneutic. Sensul bolii este determinat de sensul vieţii persoanei respective, aşa cum vom vedea mai departe, când ne vom ocupa de analiza psihopatologică a „psihobiografiei" bolnavilor psihic.

G. von Bergman afirmă că „în biografia bolnavului, în istoria sa trăită în intimitate, există într-o anumită măsură un teren comun corporal, psihic şi spiritual al persoanei umane". Acesta ne oferă cheia înţelegerii fenomenelor psihice normale, dar şi a fenomenelor psihice morbide. Apariţia şi evoluţia bolii sunt inseparabile de istoria vieţii individului.

Boala psihosomatică nu este decât un mod de a fi al persoanei umane, un tip de „răspuns" al acesteia la evenimentele psihotraumatizante emoţional-afective ale vieţii cotidiene. Aceste afecţiuni nu trebuie privite ca „întâmplătoare", ci se raportează la tipul de personalitate a bolnavului, înţelegând prin aceasta în primul rând o anumită dispoziţie constituţională somatopsihică, ce implică un anumit tip de reacţii ale individului. Este, prin urmare, vorba despre o anumită „vulnerabilitate" care iese în evidenţă în condiţiile declanşate de efectul stresului asupra persoanei individului respectiv.

Tulburările psihosomatice constituie, fără îndoială, un capitol important al psihopatologiei. Ele dovedesc că între somatic şi psihic nu trebuie trasată o limită, ci, dimpotrivă, somaticul şi psihicul constituie două *părţi* ale întregului care este persoana umană. În cazul acesta, fenomenele psihice morbide şi fenomenele somatice morbide sunt inseparabile, întrucât ele se regăsesc într-o formă comună în sfera fenomenelor psihosomatice morbide. Această concluzie este de o importanţă deosebită pentru psihopatologie.

În sensul acesta fiind considerată problema, sfera antropologiei psihopatologice se lărgeşte considerabil. Psihopatologia devine astfel o interpretare a fenomenelor patologice ale persoanei în interiorul cărora este inclusă semnificaţia acesteia, ca structură antropologică, dar şi ca devenire ontologică.

Medicina se interesează de cauze şi efecte, urmărind ca prin mijloacele terapeutice de care dispune să suprime efectul cauzelor şi să restabilească starea de sănătate.

Psihopatologia urmăreşte ca dincolo de aspectele clinico-medicale să descopere sensurile umane ale suferinţei raportate la structura şi dinamica sistemului personalităţii, căutând prin aceasta să aducă un plus de cunoştinţe în domeniul umanului.

În medicina somatică sau psihiatrică, suferinţa este percepută ca simptom clinic. În psihopatologie, tulburările somatice, psihice sau psihosomatice sunt interpretate ca *simboluri ale existenţei umane*. Ele nu constituie tablouri clinice ale *bolii*, ci situaţii morbide ale vieţii individului. Antropologia psihopatologică urmăreşte să descifreze sensurile dramatice ale vieţii, în care „suferinţa" este numai un sector. Pentru a găsi o interpretare unică a semnificaţiei fenomenelor morbide somatice, psihice sau psihosomatice, psihopatologia se adresează existenţei umane, psihobiografiei individului, iar răspunsul acesteia este cuprins în natura fiinţei umane, în echilibrul psihosomatic al acesteia.

Semnificaţia tulburărilor psihosomatice

Am precizat caracteristicile şi cadrul tulburărilor psihosomatice. Să încercăm să facem o analiză a semnificaţiei acestui grup de tulburări, cu caracteristici proprii în raport cu tulburările somatice şi cu tulburările psihice.

Orice încercare de interpretare a psihosomaticii sau a patologiei psihosomatice ne conduce la atitudinea persoanei, atât în stare de normalitate, cât şi de boală, faţă de *imaginea propriului corp*. Patologia psihosomatică ne apare, în toate cazurile, ca o modalitate particulară a persoanei bolnavului de *prelucrare a propriului corp*. Aceste tulburări, dincolo de aparenţele lor de un mare polimorfism clinic, difuz şi mobil, destul de greu de sistematizat, sunt, în esenţa lor, tulburări ale „utilizării propriului corp" de către bolnavi.

Ne aflăm în faţa unei patologii specifice, ca dinamică interioară, a *schemei corporale* sau a *imaginii propriului corp*. O patologie de conversiune, în cursul căreia persoana aflată în suferinţă elaborează o reinterpretare a imaginii sale corporale normale, într-o direcţie a anormalităţii, printr-o deplasare a învestirii libidinale, în sensul unei înlocuiri a acesteia cu *durerea*, cu *suferinţa*, în general.

Corpul unei persoane este sediul satisfacerii nevoilor, a trebuinţelor pulsionale ale acesteia, în virtutea *principiului plăcerii* (*Lustprinzip*). În cazul privării învestirii libidinale a corpului prin privarea plăcerii din cauza refulării sau interdicţiilor satisfacerii pulsionale, corpul persoanei suferă. Prin frustrarea libidinală a acestuia, apar modificări funcţionale *sine materia*, aspecte clinice bizare, difuze, nespecifice, care variază de la un bolnav la altul. Cea mai tipică formă de tulburare în sensul acesta este *sindromul dureros difuz*, căruia nu i se poate găsi nici o cauză somatică. El este localizat în coloana vertebrală (rahialgii), în torace, abdomen, pelvis etc. Asistăm la o înlocuire a *principiului plăcerii* cu *principiul durerii* (*Schmerzprinzip*), ca formă de manifestare a frustrărilor libidinale somatopsihice ale individului.

Ne aflăm în faţa unei situaţii clinico-psihologice absolut noi : plăcerea este înlocuită cu durerea. Să explicăm acest aspect.

Formarea imaginii corporale este legată de egotismul primar al individului, de libidoul narcisic, care focalizează tendinţele autoconservatoare ale acestuia. La ele se raportează, aşa cum spuneam mai sus, *principiul plăcerii*, care stă la baza sănătăţii, a stării de bine şi de echilibru psihosomatic. În mod egal, tulburarea sau dezorganizarea imaginii corporale este legată de slăbirea sau frustrarea egotismului individual, slăbind capacităţile de autoconservare ale acestuia. În această situaţie, *principiul plăcerii* este înlocuit, cum spuneam, de către *principiul durerii*, al stării de boală, de suferinţă difuză, penibilă, imprecisă, generalizată sau fixată asupra unui organ, dezorganizând echilibrul psihosomatic al persoanei respective.

În sensul acesta, problema *patologiei psihosomatice* ne apare ca o tulburare sau, mai exact, ca un *conflict interiorizat* al persoanei cu propriul corp, asupra căruia aceasta îşi proiectează, într-o manieră *autovictimizantă*, propriile eşecuri, frustrări, carenţe afective sau situaţii castratoare.

J. Breuer şi S. Freud au fost printre primii care au atras atenţia specialiştilor asupra simptomelor somatice de natură isterică şi a evenimentelor psihotraumatizante emoţionale

ale vieţii. În aceste cazuri, simptomele somatice erau expresia clinică a pulsiunilor psihice refulate de bolnavul respectiv. Ideea este reluată mai târziu de G. Groddeck, care dezvoltă teoria expresiei simbolice a pulsiunilor libidoului.

K. Abraham stabileşte o relaţie între tulburările gastrointestinale şi stările de inhibiţie, refulările şi frustrările individului din cursul fazei orale de dezvoltare libidinală. Aceste pulsiuni se vor manifesta clinic prin tulburări somatice (ulcer gastric sau duodenal, constipaţie, diaree). J. Bastiaans vede o legătură între diaree, constipaţie şi fantasmele nevrotice infantile. Pentru H.M. Fox, există un raport strâns între tulburările clinice intestinale şi dezvoltarea emoţională din prima copilărie.

F. Deutsch susţine că orice tulburare somatică de origine psihică este, de fapt, o *conversiune*. În cazul conversiunii, un „eveniment psihic" se poate exprima printr-o tulburare somatică, ce-l maschează ; în felul acesta, se afirmă că orice funcţie somatică se găseşte, de fapt, într-un raport de determinare cu conţinuturile psihice inconştiente ale persoanei respective. Această concluzie este extrem de importantă în înţelegerea raportului psihosomatic, al subordonării reciproce a sferei somatice de către sfera psihică şi invers. Conversiunea somatică ne apare ca o simbolizare a pulsiunilor inconştiente ale libidoului.

S. Freud, referindu-se la *nevroza de angoasă*, constată că majoritatea formelor de manifestare clinică a acesteia au un caracter pur somatic : vertijuri, greţuri, palpitaţii, transpiraţii, diaree, tulburări vasomotorii etc. F. Alexander va face o distincţie între simptomele de conversiune isterică şi tulburările nevrotice vegetative. În cazul simptomelor de conversiune isterică, asistăm la o tentativă de rezolvare a unei tensiuni emoţionale într-o manieră simbolică. În cazul nevrozei vegetative, tulburarea este centrată pe un organ, având mai mult caracterul de disfuncţie somatică. Ceea ce e important de reţinut este faptul că în toate situaţiile tulburările psihosomatice ne apar ca manifestări simbolice ale unor disfuncţii care se prezintă din punct de vedere clinic într-o manieră *mascată*, traducând situaţii conflictuale asupra cărora vom reveni.

Caracterul simbolic al simptomelor psihosomatice i-a făcut pe J. Bastiaans şi L. Van der Horst să distingă în acest context clinic două aspecte :

- *simbolismul existenţial*, în care fiecare simptom are valoarea unui simbol general, ca urmare a unei tulburări de adaptare a individului ;
- *simbolismul comunicativ*, în care simptomele sau sindroamele clinice sunt indicatorii unor tulburări ale pulsiunilor sexuale şi agresive ale individului.

Ce importanţă sau, mai exact, ce consecinţe vor avea pentru persoana umană tulburările psihosomatice?

Am arătat mai sus care sunt caracteristicile şi consecinţele acestor tulburări din punct de vedere somatic şi psihic. Un punct de vedere interesant – care nu poate fi neglijat, întrucât oferă perspectiva unei înţelegeri aprofundate a fenomenelor – este oferit de antropologia psihologică şi filozofică (M. Heidegger, K. Jaspers, G. Marcel, J.-P. Sartre).

Pentru G. Marcel, sarcina pozitivă a oricărei persoane este de a-şi împlini propria existenţă. K. Jaspers susţine că viaţa omului, dominată de tendinţa către libertate, îi oferă perspectiva realizării de sine, de a deveni om. V. Frankl afirmă că scopul vieţii unui individ este de a realiza anumite valori prin care omul se recunoaşte şi se împlineşte. Destinul uman ne apare ca expresie concretă sub un dublu aspect al realizării Sinelui : somatică şi psihică. Orice situaţie care face să eşueze această dinamică duce la apariţia unor tulburări diferite, în cadrul cărora se înscriu şi tulburările psihosomatice.

Există trei elemente care aduc o contribuţie directă în edificarea tulburărilor psihosomatice: *stresul*, *frustrarea* şi *agresivitatea*. Aceşti factori se opun satisfacerii tendinţelor libidinale ale persoanei, producând tulburări somatice sau stări de dezechilibru psihic. Orice tendinţă nesatisfăcută se transformă prin refulare în inconştient fie în focar de tensiune intrapsihică, fie în simptom nevrotic. Acestea stau la baza organizării tulburărilor psihosomatice, întrucât sunt resimţite de individ ca emoţii dezagreabile care rup echilibrul psihosomatic.

Frustrarea produce o blocare a satisfacerii unei nevoi a individului, declanşând sentimentul unei ameninţări a posibilităţilor vitale ale acestuia. *Stresul* este şi el o ameninţare a posibilităţilor existenţei persoanei, epuizând resursele de energie psihică ale acesteia. *Agresivitatea* reprezintă descărcarea tensională consecutivă frustrărilor individuale, ca o soluţionare a acestora.

În sensul acesta, tulburările psihosomatice se dovedesc a fi expresia unei relaţii care se stabileşte între stările de tensiune intrapsihică produse de frustrări şi descărcările agresive sub forma simbolică a simptomelor psihosomatice.

Reacţiile psihosomatice ale unei persoane ne apar, în acest caz, ca nişte forme eşuate de actualizare a propriului Eu, a propriei existenţe. Tulburările psihosomatice, spre deosebire de tulburările somatice sau cele psihice pure, sunt expresia simbolică a unor stări conflictuale intrapsihice, a unui conflict între Eul conştient şi Sinele inconştient.

Formele tulburărilor psihosomatice

Afirmam mai sus că patologia psihosomatică trebuie înţeleasă plecându-se de la analiza „imaginii propriului corp" şi a modalităţilor în care aceasta este *prelucrată* de către bolnav în raport cu propriul „libido narcisic". „Imaginea corpului depăşeşte frontierele anatomiei", afirmă P. Schilder. Ea cuprinde aspectele acestuia reflectate în câmpul conştiinţei persoanei, dar şi aspectele dependente de conţinutul libidinal al inconştientului. Atât starea de *normalitate*, cât şi cea de *boală* sunt *trăite* şi se *văd* în formele de manifestare a Eului persoanei respective. Participarea corpului, a sferei somatice, poate fi pusă în evidenţă, în diferite grade, în practic orice afecţiune psihică. Suferinţa, ca şi sănătatea vor apărea ca „stări ale Eului personal", resimţite, trăite şi relatate de acesta, atât în cazul bolilor somatice, al bolilor psihice, cât şi al celor psihosomatice.

Pentru P. Schilder, orice boală care afectează un organ oarecare este legată de o atitudine psihică particulară, specifică acestuia. Diferenţa dintre *psihogen* şi *somatogen* dă nota de evoluţie şi semnificaţia procesului patologic. În cazul bolilor somatice, cea care este prima afectată este *periferia*, suferinţa propagându-se către *centru*; în cazul bolilor psihice, tulburarea se va deplasa de la *centru* către *periferie*. De aici şi prevalenţa *tendinţelor centrifuge* în cazul bolilor funcţionale şi prevalenţa *tendinţelor centripete* în cazul bolilor somatice (P. Schilder).

Bolile funcţionale, *sine materia*, în cazul cărora nu sunt decelate tulburări somatice lezionale, sunt expresia unor situaţii conflictuale interiorizate, raportate la problemele cele mai intime ale Eului individual. Este cazul nevrozelor, ipohondriei, isteriei, sindroamelor algice de cauză necunoscută şi tulburărilor psihice. Adesea, simptomele lor sunt schimbări ale imaginii corporale sub formă de senzaţii sau reprezentări afirmate de bolnav. În aceste cazuri, „imaginea corporală" se constituie ca un „teren" pe care se

înscriu aceste transformări funcţionale resimţite de bolnav şi proiectate asupra unui organ sau care au un caracter difuz. Orice proces morbid devine, în felul acesta, o sursă de elaborare patoplastică a unor transformări funcţionale: simbolurile alteralităţii, respectiv simptomele bolii. Simptomele fac „inteligibilă" şi „comunicabilă" celorlalţi suferinţa bolnavului; în egală măsură însă, dincolo de simptom, mai ales în cazul tulburărilor psihosomatice, trebuie să vedem situaţii conflictuale, refulări, frustrări, carenţe afective, eşecuri care operează o redistribuire, o rearanjare a sistemului pulsiunilor şi tendinţelor inconştiente ale bolnavului, anulând sau transformând configuraţia normală a imaginii corporale, pe care o înlocuieşte cu o *configuraţie patoplastică*, specific inteligibilă cu suferinţa, respectiv cu tabloul clinic al bolii care rezultă de aici.

Simptomatologia clinică a bolilor psihosomatice reprezintă un *limbaj specific al alteralităţii corpului* resimţit şi exprimat de către bolnavi. Acest limbaj corporal exprimă, în primul rând, „aspectul psihologic al medicinei", al unei suferinţe psihice care se exprimă printr-o simptomatologie somatică de un mare polimorfism (dureri, constipaţie, inapetenţă, greţuri, tahicardie, precordalgii, scădere ponderală, urticarie, dispnee, dismenoree etc.). Atitudinea bolnavilor faţă de suferinţă este pasivă, de tip masochist, fiind un fel de „alianţă" cu boala sau chiar o atitudine de „retragere şi refugiu" în boală, o acceptare a unei „dezorganizări a imaginii corporale", manifestată specific (nevrozele de organ etc.) sau difuz (suferinţe nespecificate). Le vom analiza în continuare.

Deşi aparent de un mare polimorfism, tulburările psihosomatice configurează „sectoare" ale patologiei sau chiar „tablouri clinice" specifice. Dincolo însă de „tablourile clinice", descoperim conflicte, frustrări, traume afective, carenţe emoţionale, stări de regresiune care explică natura tulburărilor psihosomatice respective. Pentru exemplificarea acestor aspecte, menţionăm, în continuare, următoarele situaţii (A. Porot):

1. *Patologia psihosomatică din sfera digestivă* (spasmele esofagiene, gastrice, intestinale sau ale căilor biliare, precum şi ulcerul gastroduodenal) cuprinde tulburări specifice unui tip de personalitate cu o mare nevoie de independenţă, agresivitate, competiţie în raporturile interpersonale. Conflictul este dat de împiedicarea aspiraţiei la autonomie a persoanei respective. Ne aflăm în faţa unei persoane cu tendinţe orale receptive a căror frustrare va determina apariţia unor tulburări funcţionale gastrice.
2. *Patologia psihosomatică din sfera respiratorie şi alergică*, reprezentată prin astmul bronşic, este specifică persoanelor cu o fixaţie maternă, cu o nevoie considerabilă de protecţie şi iubire şi cu un sentiment puternic de insecuritate. Situaţiile care afectează relaţia maternă sau substituenţii simbolici ai acesteia au semnificaţia unui abandon ce declanşează crize de dispnee, echivalente unui „apel" al bolnavului.
3. *Tuberculoza* este, într-o mare măsură, o problemă de patologie legată de frustrările individului. Declanşarea bolii este adesea în raport cu o situaţie vitală penibilă, de impas sau conflictuală.
4. *Patologia cardiovasculară psihosomatică* este expresia unor conflicte şi frustrări ale personalităţii. Hipertensiunea arterială este adesea raportată la o stare de tensiune afectivă prelungită, cu inhibiţia agresivităţii de către individ. Crizele de *angor pectoris* sunt în relaţie cu nevoia nesatisfăcută de depăşire şi de siguranţă, însoţită de o identificare paternă insuficientă sau negativă a individului respectiv.
5. *Afecţiunile psihosexuale*, atât la femeie, cât şi la bărbat, sunt expresia unor conflicte cu partenerul de cuplu, frustrări, carenţe emoţional-afective, complexe etc.

33. Iatrogeniile

Cadrul problemei

Orice boală, indiferent de natura acesteia, somatică, psihică sau psihosomatică, întruneşte *tulburări obiective* şi *suferinţe subiective*, din care se constituie tabloul clinic respectiv. Ea este expresia unor leziuni organice, a unor tulburări funcţionale *sine materia* sau a unor stări de dezechilibru psihic.

Trecerea de la starea de sănătate la starea de boală este percepută de individul respectiv ca o „schimbare neplăcută”, nedorită, pe care, dincolo de acuzele sale somatice sau psihice, o reprezintă în planul conştiinţei sale ca pe un pericol, ca pe o „situaţie negativă” care se opune cursului normal al vieţii.

Fiecare persoană aflată în suferinţă din cauza unei boli reacţionează diferit faţă de prezenţa acesteia, „elaborând” atitudini variate, cu caracter de *apărare-compensare-refugiu* faţă de tulburările respective. Acceptarea de către individ a stării de sănătate şi refuzul de către acesta al bolii constituie un fapt firesc care se raportează în plan psihologic la instinctul de conservare, iar în plan moral, la grija faţă de sănătate, teama de boală şi consecinţele acesteia.

Atitudinea faţă de propria sănătate poate lua, în anumite „situaţii de viaţă” şi la anumite „persoane”, un caracter exagerat. În aceste situaţii, atenţia individului este orientată în mod constant asupra propriului *corp*, care devine „preocupare tematică”, o prezenţă permanentă, cu caracter de *grijă* în câmpul propriei conştiinţe, pe care o va „interpreta” într-o manieră subiectivă, fiind înclinat să-i „descopere” sau să-i „atribuie” diferite „acuze” din care să construiască „suferinţe” personale de diferite forme şi intensităţi.

Ne aflăm în faţa unui domeniu al *patologiei generale*, cu un caracter neobişnuit, absolut original, în care *acuzele clinice* nu sunt produse de corp, ci elaborate de bolnav în urma unei analize autoscopice având ca obiect, cum spuneam, propriul corp : fie că aceste acuze sunt rezultatul unei *patologii de cultură*, dobândită deformat, în urma unei false înţelegeri a „propagandei de educaţie sanitară”, care „cultivă teama de boli”, considerând că în felul acesta face o acţiune de profilaxie ; fie că provin din „lecturile” unor materiale, cărţi sau reviste medicale fals interpretate ; sau, în fine, aceste tulburări pot apărea în urma unor consultaţii medicale, investigaţii repetate de laborator etc., altfel spus, în urma întâlnirii cu medicul.

Este evident faptul că ne aflăm în faţa unei *patologii generale*, cu caracteristici particulare, de un mare polimorfism, centrată pe propriul corp, dezvoltată, întreţinută şi amplificată de persoana bolnavului respectiv, în cadrul căreia elementele de suferinţă

sunt atât somatice, cât şi psihice, ele condiţionându-se reciproc. Această categorie de „bolnavi dificili" (A. Păunescu-Podeanu) reprezintă „cazuri complicate", greu de abordat şi extrem de rezistente la tratament, care sunt, de regulă, „evitate" de medicii de medicină generală, priviţi destul de superficial şi fără un interes deosebit de către psihiatri, dar care constituie un mare procent al clientelei psihanaliştilor şi a altor psihoterapeuţi, precum şi marea masă a celor care se adresează „sistemelor terapeutice nemedicale".

În toate cazurile de care am pomenit, ne aflăm în faţa unor suferinţe *sine materia*, invocate strict de bolnav, dar nedecelabile la examenul clinic al acestora. Acestea sunt fie produsul elaborat al propriei imaginaţii a bolnavului, fie produsul unei „întâlniri" a bolnavului cu surse de informaţie medicală sau cu medici (consultaţii şi investigaţii medicale). În primul caz, avem de-a face cu *boli autogene*, pe când în cel de-al doilea caz, cu *boli iatrogene*.

Dincolo însă de aspectele menţionate, trebuie să privim cu multă atenţie şi seriozitate această problemă şi să admitem faptul că, deşi ne găsim în faţa unor suferinţe *sine materia*, acestea sunt trăite de către individul respectiv cu o deosebită intensitate şi autenticitate, ca nişte *experienţe sufleteşti reale*, pe care trebuie să le cunoaştem, să le înţelegem, să le explicăm şi faţă de care trebuie să adoptăm o anumită atitudine de un tact deosebit. Din aceste motive, credem că problema suferinţelor iatrogene este, în primul rând, o temă a psihopatologiei.

Condiţiile patogenezei iatrogeniilor

Cum apare şi se dezvoltă acest gen de tulburări? La ce categorie de bolnavi şi în ce condiţii? Care sunt mecanismele patogenetice ale acestor tulburări? Iată numai câteva întrebări la care trebuie să răspundem.

Am menţionat mai sus faptul că ne găsim în faţa unor fenomene clinice care, lipsite de un substrat biologic, somatic, sunt elaborări ale imaginaţiei indivizilor respectivi. Din acest motiv, această categorie de tulburări, dominată de *fenomene psihice morbide*, va reprezenta, cum spuneam, o temă de reflecţie pentru psihopatologie.

Înţelegerea acestor tulburări trebuie pusă în legătură cu atenţia exagerată pe care individul o acordă propriului *corp*. La aceste „cazuri", ideea de boală este dominantă, ca o stare de tensiune anxioasă permanentă, în raport cu ideea de sănătate. Ea este atât de importantă, încât putem vorbi despre un veritabil „sentiment de pericol castrator", în sens psihanalitic, de care aceşti indivizi se simt permanent ameninţaţi. În planul conştiinţei lor, „imaginea sănătăţii" tinde să fie înlocuită de „imaginea bolii" ca „stare a corpului". Goldscheider afirmă că „fiecare bolnav îşi face un tablou propriu al bolii sale – *tabloul autoplastic*", iar la rândul său, Luria recunoaşte şi el existenţa unui „tablou intern" al bolii. În ambele situaţii, această reprezentare în câmpul conştiinţei bolnavilor este un proces de autoscopie, rezultat al „sensibilităţii bolnavului, al capacităţii lui de interpretare, teama, neliniştea şi imaginaţia lui" (A. Păunescu-Podeanu).

Ne aflăm în faţa unor „bolnavi dificili", care, dincolo de suferinţele pe care le acuză, pun probleme deosebite, legate de natura personalităţii lor. A. Păunescu-Podeanu descrie o „imagine clinică" foarte semnificativă: „Bolnavii aceştia se vaită, încontinuu au o plângere, un păs, o suferinţă, niciodată nu sunt bolnavi cu adevărat, dar totdeauna au

ceva. Şi pentru că, de obicei, suferinţele lor persistă ani şi ani, ocupând un loc important în viaţa acestor bolnavi, însă fără a le altera prea mult starea generală, fără a-i duce la marasm, fără a lua un caracter de gravitate deosebită, s-a mai spus despre aceşti suferinzi că niciodată nu se simt bine, dar nici nu le merge prea rău". Această „imagine clinică" a „bolnavilor dificili" traduce o personalitate de tip senzitiv, hiperemotivitate, imaginaţie crescută şi hiperproductivă, o mare sugestibilitate, toate la un loc dominate de preocuparea egocentrică excesivă, centrată pe propriul corp. Am putea afirma că ne aflăm în faţa unei categorii particulare de „suferinţe psihogene", centrate tematic pe propriul corp. O patologie în care „imaginea corporală" este permanent ameninţată de „pericole" reale, dar mai ales imaginate de persoana respectivă. Aceste „pericole" invocate şi prelucrate într-o manieră obsedantă de bolnav, veritabile „fobii latente", se vor constitui, în final, în „tablouri clinice".

Această stare de permanentă tensiune psihică, legată de un „pericol" care preocupă bolnavul, va duce în final la o dezvoltare nevrotiformă, exprimată de acesta prin convingerea că este bolnav, şi-l va determina să consulte medicii. Din acest moment, intrăm în cea de-a doua fază, care se succedă „tensiunii de elaborare a suferinţei", şi anume în faza *întâlnirii bolnavului cu medicul*.

Întâlnirea *medicului* cu aceşti *bolnavi* pune, în primul rând, probleme de „atitudine" şi „înţelegere" psihologică a „cazului", dar, în egală măsură, şi probleme serioase de psihopatologie. De regulă, în practica uzuală, atenţia este centrată pe suferinţele relatate de bolnav. Este un punct de vedere care rămâne însă cantonat la aspectul formal-extern al „conversaţiei medic-bolnav". Esenţialul în înţelegerea acestei „suferinţe" este să pătrundem dincolo de relatările bolnavului, pentru a descoperi şi înţelege natura personalităţii acestuia, motivele şi mobilurile suferinţei sale. Este necesar, prin urmare, adoptând o atitudine psihologică, să vedem *cine sunt* şi *cum sunt* atât *bolnavul*, cât şi *medicul* acestuia, în situaţiile la care ne referim. Lucrul acesta este necesar, întrucât în cadrul acestei „întâlniri" sunt puse faţă în faţă două „personalităţi", fiecare trebuind să „joace un rol" special. În acest „scenariu", bolnavul este „persoana proiectivă", iar medicul este cel care va trebui să favorizeze proiecţia pentru a realiza un „transfer pozitiv" din partea bolnavului, cu efect final cathartic.

Rolul medicului este de a „converti" suferinţele, acuzele subiective ale bolnavului, într-o formă coerentă a unui „tablou clinic". Este un „act de răspuns" al medicului la frământările bolnavului. O „formulare a suferinţei" pe care bolnavul o aşteaptă din partea medicului său. Această „formulare medicală" are pentru bolnav semnificaţia afirmării autenticităţii suferinţelor sale, care-l va eticheta ca „bolnav real", confirmând prin aceasta că „suferinţele sale sunt adevărate" şi că el nu este un „bolnav închipuit", aşa cum este suspectat de alţii. Să analizăm, în continuare, tipurile acestor bolnavi, precum şi pe cele ale medicilor care-i îngrijesc. Acest lucru este absolut esenţial pentru înţelegerea genezei şi dezvoltării suferinţelor iatrogenetice.

Bolnavii

A. Păunescu-Podeanu face o interesantă şi riguroasă analiză şi clasificare tipologică a „bolnavilor dificili", în care cuprinde toate aceste cazuri clinice.

Primul tip îl reprezintă „bolnavul dificil, frust, incidental, la limita noţiunii". În ceea ce priveşte personalitatea şi atitudinea faţă de suferinţă a acestei categorii de „cazuri",

autorul citat le descrie în felul următor: „Bolnavul care vine să se plângă medicului de câteva tulburări vagi, imprecise, fără acuitate deosebită, cu grija de a se pune la adăpost de surprize, şi care, după ce află de la medic că nu are nimic, pleacă acasă liniştit".

Al doilea tip este denumit de A. Păunescu-Podeanu „bolnavul dificil, formă severă, majoră, ireductibilă". Pentru autorul menţionat, acest tip de bolnav „nu numai că se agaţă îngrijorat de boala lui, considerând-o foarte gravă, fiind acaparat de ea, preocupat numai de ea, dar este şi nemulţumit de felul cum e tratat, acuzând pe medici şi pe cei care l-au îngrijit, socotindu-i vinovaţi de suferinţele lui". La acest tip de „bolnavi dificili", ideea de boală are un caracter foarte sever. Ea influenţează profund personalitatea, sfera emoţională şi judecata, comportamentul bolnavului şi relaţiile sale interpersonale. În aceste situaţii, suferinţa poate lua aspectul unui „sindrom ipohondriac" grav, la care să se asocieze şi tulburări de tip depresiv-melancoliform, anxietate permanentă şi idei de suicid.

Al treilea tip de „bolnavi dificili" sunt, după A. Păunescu-Podeanu, o „varietate de tipuri intermediare", reprezentate prin următoarele „cazuri":

a) bolnavul care consultă medicul pentru suferinţe banale, dar care, nemulţumit de sfaturile primite, consultă alţi medici şi tot aşa în continuare;
b) studentul în medicină, care la primele „întâlniri" cu „bolnavii" şi cu „lecturile de patologie" îşi „descoperă" lui însuşi suferinţe de tipul celor „văzute" sau „citite", începând să se adreseze medicilor pentru „acuze imaginare", copiate prin imitaţie;
c) persoane frustrate, cu eşecuri, situaţii conflictuale sau persoane singure, cu un psihic labil, care „somatizează" aceste psihotraume, considerându-se bolnave şi care consultă medicii pentru „acuze" în spatele cărora se află situaţii conflictuale de viaţă;
d) bolnavi conştiincioşi care „ascultă" şi „notează" cu grijă sfaturile medicului, dar pe care nu le urmează, adresându-se ulterior altui medic, pentru „a-l verifica pe primul" şi tot aşa în continuare;
e) tipul opus celui de mai sus este bolnavul conştiincios care urmează într-un mod absolut indicaţiile medicale, solicitând permanent din partea medicului explicaţii, amănunte etc.

Medicii

A doua categorie de persoane care intră în discuţie sunt medicii. În cazul acestor tipuri de „bolnavi", medicii sunt căutaţi şi preferaţi după anumite criterii: autoritate, experienţă îndelungată, faimă, opinia clientelei şi volumul mare al acesteia, poziţia socială a medicului, succesele cunoscute ale acestuia etc. Avem de-a face, prin urmare, cu criterii de ordin subiectiv-emoţional de „reclamă medicală".

Medicii care „întâlnesc" asemenea „bolnavi dificili" trebuie să acţioneze extrem de prudent, cu mult tact şi răbdare, să adopte, în primul rând, o atitudine de înţelegere, să asculte cât mai mult spusele bolnavului, dar să li se adreseze cât mai puţin. Bolnavii aceştia aşteaptă ca medicii „să le vorbească despre boala lor". Ei „aşteaptă" acest lucru pentru a-şi justifica în faţa conştiinţei şi a expectaţiilor lor „convingerea că sunt în mod real bolnavi, că suferinţa lor nu este imaginară".

Sunt foarte importante „atitudinea" medicului şi „indicaţiile" pe care acesta le va da bolnavului său. Este preferabil să se dea un diagnostic decât să i se spună bolnavului că „nu are nimic". Aceasta va crea suspiciuni noi şi crescute din partea bolnavului. El va

crede că în mod absolut cert este bolnav şi că boala de care suferă este foarte gravă, iar medicul, prin „tăcere" sau prin „nediagnosticare", îi ascunde realitatea cu privire la starea sănătăţii sale. În plus, bolnavul va socoti medicul drept incapabil şi se va adresa altuia, de la care aşteaptă ceea ce crede că primul i-a ascuns sau refuzat. În aceste cazuri, sunt necesare anumite „diagnostice de acoperire" care să satisfacă bolnavul, să-l liniştească, dar care, concomitent, să-i ofere perspectiva unei soluţii terapeutice sigure.

Personalitatea bolnavului cu suferinţe iatrogene

Din cele de mai sus se desprinde faptul că „întâlnirea cu medicul" poate avea riscul unei „eventuale nocivităţi" (P. Sivadon), prin „atitudinile iatrogene" (A. Fernandez) care apar şi se dezvoltă în acest context relaţional. În toate aceste situaţii, medicul joacă rolul de *metteur en scène* al afecţiunii bolnavului respectiv. Elementul esenţial care contribuie la realizarea acestui proces patogen este reprezentat de „inducţia sugestivă". Ea depinde de natura personalităţii bolnavului.

Studiul personalităţii bolnavilor cu suferinţe iatrogene, al „bolnavilor dificili", ne pune în evidenţă câteva trăsături specifice care explică „receptivitatea" sau „înclinaţia" acestora către tipul de patologie menţionată. Aspectele personalităţii lor sunt următoarele :

a) Un egocentrism foarte pronunţat cu tendinţă la analiză autoscopică, privind propriul corp şi starea de sănătate a acestuia.
b) Un temperament senzitiv-emoţional, impresionabil şi labil, uşor influenţabil, cu dificultăţi de adaptare.
c) O mare sugestibilitate, tendinţa de a crede şi de a accepta cu o mare uşurinţă părerea şi sfaturile altora, în materie de sănătate şi de boală.
d) Individul este nesigur pe el, fără o stabilitate şi o securitate interioară, neliniştit, preocupat până la anxietate.
e) La această categorie de indivizi, „boala" apare ca un „argument explicativ", care justifică, în câmpul conştiinţei bolnavului, atât suferinţa, cât şi nevoia de a fi protejat de ceilalţi şi, în mod special, de a fi tratat medical.
f) Corelată cu aspectul de mai sus este şi dorinţa inconştientă a individului de „a fi bolnav" pentru a se afla sub ocrotire medicală.
g) Toate aceste aspecte enumerate traduc o anumită imaturitate emoţional-afectivă şi o regresiune a Eului, care este „comparată" cu „refugiul în boală".

Rezultă în mod clar, din cele de mai sus, că în situaţia *bolilor autogene* sau a celor *iatrogene* individul construieşte suferinţele într-o manieră *autosugestivă* sau *heterosugestivă.* Condiţia esenţială, primară este însă reprezentată de „terenul", respectiv „tipul de personalitate" a bolnavului, aşa cum a fost caracterizată mai sus. Pe aceste considerente, aceste „suferinţe induse" sau „suferinţe imaginare" sunt manifestări care se încadrează în sfera psihopatologiei.

Suferinţele „imaginare" sunt expresia unei „personalităţi fragile", uşor de influenţat prin *inducţie sugestivă* sau prin *imitaţie.* Această categorie de indivizi se întâlneşte în două „condiţii patogenetice" :

a) cei care „imită" suferinţe văzute la alţii, printr-un mecanism de transfer simpatetic ;

b) cei care suferă o „inducţie" a suferinţei în urma întâlnirii cu medicul (consultaţia medicală, investigaţiile de laborator, tratamentele urmate etc.).

În ambele situaţii, sugestia joacă un rol esenţial în geneza acestor categorii de tulburări. *Rolul inductor* revine fie persoanei medicului, fie altei persoane care „influenţează" prin prezenţa sau relatarea suferinţelor sale persoana bolnavului. În cazul acesta, bolnavul va avea rolul de *persoană indusă*, iar rezultatul acestei „inducţii" va fi *maladia iatrogenă*.

Tipurile de iatrogenii

O atitudine firească este aceea de a înţelege suferinţele relatate de această categorie de „bolnavi dificili" ca pe nişte „experienţe sufleteşti personale", chiar dacă ele se deosebesc sau contravin tipurilor de boli cunoscute sau modificărilor somatice şi funcţionale.

Iatrogeniile sunt fenomene psihice „parazitare" sau net „morbide" de care trebuie să ne ocupăm şi care trebuie privite cu multă seriozitate. În sensul acesta, distingem câteva configuraţii specifice (P. Sivadon):

1. *Atitudinile agravante* reprezintă o accentuare a suferinţelor existente, dar de mică importanţă, sub influenţa altor bolnavi sau a intervenţiei medicale. Se notează, în sensul acesta, o agravare a evoluţiei clinice cu complicaţii numeroase, precum şi rezistenţă faţă de măsurile terapeutice.
2. *Agravarea iatrogenă* reprezintă ansamblul clinic de tip nevrotic, responsabil de o posibilă inducţie medicală a unei boli prin sugestie. Ea apare la pacienţii sugestibili, cu un teren emoţional fragil, care permit şi favorizează acţiunea iatrogenă a medicului. Este specifică situaţiilor de conversiune somatică.
3. *Iatrogenia idiopatică* constă în apariţia unor suferinţe sau „boli" prin imitaţie ori inducţie medicală, în mod absolut spontan, fără o cauză în prealabil decelabilă, fără antecedente psihotraumatizante, dar care presupune existenţa unui teren de tipul personalităţii sugestibile, descrisă anterior.
4. *Iatrogenia sugestivă reciprocă* sau „contagiunea psihică" apare în cazul unui cuplu de persoane, foarte sudat, consolidat în timp, în care partenerii sunt dependenţi unul de celălalt. În cazul în care, în mod real, una dintre persoanele din cadrul cuplului se îmbolnăveşte, cealaltă persoană va prelua prin „imitaţie simpatetică", printr-un proces de inducţie-transfer, suferinţa primei persoane, acuzând şi ea, la rândul său, aceleaşi manifestări şi suferinţe. Această influenţă este anulată şi starea de sănătate a persoanei induse se restabileşte în situaţia în care cele două persoane sunt separate una de cealaltă.

Se poate desprinde din cele de mai sus că iatrogeniile sunt un domeniu absolut original, interesant şi cu particularităţi proprii în sfera patologiei medicale generale. El cuprinde acuze somatice, psihice, psihosomatice sau combinate. Deşi această categorie de „bolnavi dificili", considerată de regulă ca „bolnavi imaginari", acuzând suferinţe *sine materia*, sunt evitaţi sau trataţi superficial de medici, ei reprezintă o tematică extrem de importantă, asupra căreia şi psihopatologia este invitată să reflecteze.

Iatrogeniile sunt patologii, suferinţe reale, numai dacă acceptăm suferinţa ca pe o experienţă sufletească interioară a persoanei bolnavului. Elementul esenţial care intră în joc în acest caz este procesul de sugestie autoindusă de însăşi persoana bolnavului sau indusă din exterior, aşa cum am arătat deja.

34. Suferinţele psihomorale

Cadrul problemei

Spre deosebire de psihiatrie, care se ocupă de studiul bolilor psihice, psihopatologia, aşa cum am afirmat pe parcursul acestei lucrări, studiază fenomenele psihice morbide, tot ceea ce se abate de la starea de normalitate psihică. În această largă categorie de „tulburări" sunt incluse, în afara bolilor psihice, tulburările psihosomatice, iatrogeniile, dar şi suferinţele Eului în relaţiile acestuia cu conştiinţa morală. Această din urmă grupă de suferinţe psihice se configurează ca un domeniu particular care trebuie inclus în aceeaşi sferă de interese ale obiectului psihopatologiei.

Suferinţele psihomorale nu pot fi neglijate de psihopatologie. Ele constituie un capitol bine individualizat, cu o configuraţie proprie, integrat vieţii persoanei şi de care nu putem face abstracţie. Acest grup de suferinţe nu constituie obiectul direct al psihiatriei, nefiind o stare de „boală" aşa cum este acceptat termenul în sfera gândirii şi a practicii medicale. Este vorba de un grup particular de suferinţe care pun în discuţie raporturile dintre Eul personal şi conştiinţa morală a persoanei. Este vorba de o categorie de suferinţe raportate la valorile morale ale individului, la responsabilitatea morală a acestuia faţă de el însuşi, dar şi faţă de celelalte persoane.

Suferinţele psihomorale nu sunt boli. Ele reprezintă ceea ce E. Minkowski numeşte „aspectele patice ale vieţii" : *situaţii de impas* corespunzătoare cu situaţiile-limită descrise de K. Jaspers sau cu ceea ce numim noi „situaţii închise", în opoziţie cu „situaţiile deschise" ale vieţii (C. Enăchescu).

Atât E. Minkowski, cât mai ales K. Jaspers consideră aceste „stări psihomorale" ca fiind în principal „probleme de conştiinţă" ale persoanei. Ele sunt conflicte interiorizate ale Eului care se pun în planul conştiinţei morale a acestuia. Conştiinţa morală este cea care „judecă" şi „decide" despre tot ceea ce face Eul, iar suferinţele acestuia apar ca abateri de la normele impuse de valorile morale.

Această suferinţă este absolut interioară şi reprezintă în esenţă un „conflict al Eului cu propria conştiinţă". *Vinovăţia morală* configurează situaţia tragică a omului închis în „situaţiile-limită" sau în condiţiile impuse de „situaţiile patice ale vieţii".

Tragicul existenţei umane este dat de suferinţele morale ale persoanei. Iar acestea transcend boala, conflictul, frustrarea, fiind probleme de conştiinţă. Eul abandonat, însingurat se prăbuşeşte întrucât valorile morale de care s-a înstrăinat nu-l mai susţin. Suferinţa pierderii valorilor morale duce la pierderea sensului propriei persoane, dar şi la pierderea sensului propriei vieţi. Totul se pune în cumpănă. Sensurile se pierd. Existenţa devine inutilă, absurdă. Persoana se dizolvă. Tragicul înseamnă prăbuşirea Eului prin pierderea suportului său moral. Disperare.

Această situaţie tragică nu poate fi remediată decât printr-un act de salvare, de reparaţie, prin reîntoarcerea la valorile morale şi redobândirea acestora. Terapia nu poate fi decât una psihomorală, de refacere şi regăsire a Eului pierdut.

Suferinţa tragică configurează cea mai profundă prăbuşire a Eului personal. Ca suferinţă şi alterare a echilibrului şi naturii interioare a persoanei umane, această categorie de tulburări nu poate fi ocolită de psihopatologie. Ele vin să completeze seria de tulburări ale persoanei umane, întregind astfel înţelegerea sensului suferinţei umane, ca temă generală a psihopatologiei.

Relaţia dintre Eu şi conştiinţa morală

Pentru înţelegerea suferinţelor psihomorale este absolut necesar să analizăm relaţiile dintre Eu şi conştiinţa morală a persoanei, întrucât acestea sunt situaţii particulare de *conflict moral interior* al Eului personal. Eul personal nu este niciodată singur. El este permanent „împreună" cu conştiinţa morală a persoanei, reprezentată prin Supraeul moral. Conştiinţa morală este cea care-l *îndrumă*, îl *opreşte* sau îl *îndeamnă* în acţiunile sale şi tot ea este cea care evaluează consecinţele acestor acte. Orice abatere de la legea morală este sancţionată de conştiinţa morală a Eului, iar acesta din urmă o trăieşte ca pe o suferinţă interioară, cu caracter tragic, sfâşietor. În ceea ce priveşte raporturile Eului cu conştiinţa morală, trebuie să avem în vedere următoarele aspecte, pe care le vom analiza în continuare : actele Eului, cenzura morală, consecinţele actelor Eului, suferinţa morală.

1. *Actele Eului*

Eul este instanţa conştientă a personalităţii, zona prin care aceasta vine în contact direct cu lumea exterioară, la nivelul căruia se obiectivează conţinutul intrapsihic al persoanei respective. Eul obiectivează şi satisface nevoile, pulsiunile şi dorinţele individuale, dar în egală măsură este obligat să se conformeze normelor valorice morale ale Supraeului său. Prin aceste „funcţii", Eul devine *sediul acţiunilor* persoanei respective.

În cazul acţiunilor pe care Eul doreşte sau este obligat să le îndeplinească, se ridică o serie de probleme legate de factorii sau de valorile morale care reglează dinamica Eului. Poate Eul face orice ? Ce-i este permis şi ce-i este interzis ? Cine şi ce normează acesta ?

Eul nu acţionează niciodată singur. Nici la întâmplare. Actele Eului sunt dirijate de *conştiinţa morală*. Dacă Eul se află sub influenţa conştiinţei morale, actele sale sunt conforme cu valorile şi normele morale şi vor avea un caracter *pozitiv*. Dacă Eul se află sub influenţa conştiinţei nefericite, perverse, actele sale vor fi contrare valorilor şi normelor morale şi vor avea un caracter *negativ*, ducând la suferinţe morale.

Ori de câte ori Eul pregăteşte sau întreprinde o acţiune, el trebuie să aibă în vedere următoarele aspecte la care trebuie să facă apel pentru a răspunde : „Ce pot face ?", „Ce-mi este permis ?", „Unde trebuie să mă opresc ?", „Ce nu trebuie să fac, deşi aş vrea ?", „Ce dăunează altora ?", „Ce-mi dăunează mie ?".

Aceste interogaţii, care vin dinspre conştiinţa morală, avertizează Eul personal cu privire la actele pe care acesta doreşte, are intenţia sau este împins să le facă. Orice acţiune, orice „a face" este corelat cu „a fi permis" sau „a fi interzis". Această separaţie

este dictată de normele morale care *permit binele* și *interzic răul*. În final, putem considera că orice *act al Eului* este în esența lui un *act moral*.

Toate actele Eului se desfășoară, din punct de vedere moral, între două momente: *trecerea la act* și *consecințele actului realizat*. Trecerea la act presupune evaluarea consecințelor: „Pot face?", „Îmi este permis?". Ce mă oprește să fac răul și ce mă îndeamnă să fac binele? Conștiința morală se manifestă prin scrupule. Dar dacă realizez actul dorit sau propus? Din nou conștiința morală va interveni ca factor de evaluare: „Am făcut bine?", „Am greșit?", „Trebuia să mă abțin?", „Am prejudiciat pe altul?", „M-am dezonorat pe mine prin actele comise?". Dacă am greșit, voit sau involuntar, conștiința morală mă va sancționa prin remușcări.

Abținerea și comiterea actelor sunt urmate de consecințe morale pentru Eul personal. Trebuie ca tot ceea ce fac să fie conform cu conștiința morală. Dar acest lucru este greu și se dobândește după o îndelungată experiență, după un lung exercițiu. A fi perfect este ținta ideală, către care tinde fiecare. De altfel, destul de greu și târziu de atins. Orice act al Eului este un efort. Un efort fizic, sufletesc și moral. Din acest motiv, el este greu de realizat. Este necesar tactul.

2. *Cenzura morală*

Actele Eului personal sunt normate de conștiința morală. Ea acționează ca un factor cenzurant care însoțește actele Eului. O putem asimila cu acel *daimon* socratic care-l oprea pe filozoful atenian de la comiterea unor acte.

Conștiința morală din mine este *vocea interioară* ce apare când trebuie sau când vreau să fac ceva. Ea mă oprește sau mă îndeamnă. Este cenzura morală. Dar nu numai atât. Conștiința morală este concomitent *oglinda Eului*, în care acesta își „vede" propria imagine. Este cea care „se deschide în interior" ca o „dedublare de sine". Conștiința morală pune Eul față în față cu el însuși. Prin conștiința morală Eul se poate „vedea" și „judeca" pe sine așa cum este. Mai exact, i se spune *cum trebuie să fie* și *ce trebuie și ce nu trebuie să facă*.

Aparent, conștiința morală pare a fi restrictivă; în fapt, lucrurile stau altfel. Conștiința morală „avertizează" Eul, nu-l obligă. Îi spune numai atât: *Quidquid agis prudenter agas et respice finem**. Aparent Eul este liber. El poate face orice. Dar, de fapt, el va da de fiecare dată socoteală de ceea ce dorește sau intenționează să facă și mai ales de ceea ce a făcut. De *intenții* și de *consecințe*. Cine se opune acestora? Conștiința morală. Ea este instanța de cenzură a actelor Eului.

Cenzura conștiinței morale privește cele două aspecte sau momente ale acțiunilor Eului: intențiile și consecințele actelor acestuia.

Cenzura intențiilor este realizată de scrupulele morale, care mă avertizează, oprindu-mă de la trecerea la acțiune. Ele îmi arată că ceea ce fac este nepermis, în contradicție cu legea morală și mă obligă la reținere sau la renunțarea completă. Cenzura consecințelor este dată de remușcări ale conștiinței. De regretul de a fi comis acte nepermise moral, imorale, reprobabile. Dacă scrupulele mă avertizează, remușcările mă condamnă, mă culpabilizează, mă fac să sufăr. Orice remușcare este însoțită de o durere morală, pe când scrupulele determină o rușine morală. În primul caz îmi pun întrebarea: „Cum de am putut face așa ceva?". În cel de-al doilea caz mă întreb: „Cum de m-am gândit că

---

* „Orice faci, fă în mod chibzuit și ține seama mereu de sfârșit" (n.r.).

aş putea face aşa ceva ?". Dacă am făcut, am remuşcări. Dacă intenţionez să fac, intervin scrupulele care mă opresc.

Suferinţa psihomorală este, prin urmare, consecinţa actelor mele reprobabile, pe care conştiinţa morală le atribuie Eului personal, de regulă ca pe nişte vinovăţii pe care Eul trebuie să le repare.

3. *Consecinţele actelor Eului*

Din cele de mai sus se pot desprinde clar consecinţele actelor Eului personal. Orice act uman angajează Eul în totalitatea sa. Fiecare individ este personal şi direct responsabil de actele sale. Răspunde atât de intenţii, cât şi de consecinţele actelor sale. Este sancţionat pozitiv, prin succes, de reuşita unor acte pozitive şi negativ, fiind pedepsit de comiterea unor acte negative, reprobabile.

Consecinţele actelor unei persoane sunt multiple. Ceea ce ne interesează în studiul nostru sunt consecinţele psihomorale. Ele pot fi, cum spuneam, pozitive sau negative. Ceea ce ne interesează în mod deosebit sunt consecinţele negative, întrucât acestea duc la suferinţele psihomorale ale persoanei.

Dacă actele Eului sunt făcute fără intenţie, sunt mai puţin grave. Dacă ele sunt făcute cu intenţia de a prejudicia pe ceilalţi, ele sunt cu atât mai grave, întrucât denotă că persoana respectivă este imorală, că are o conştiinţă perversă, înclinată către rău. În ambele situaţii, consecinţele actelor negative fac ca Eul personal să sufere. Persoana cade într-o situaţie de disperare, cu pierderea echilibrului şi a stabilităţii sale interioare. Ea devine o persoană tragică, singură, necesitând ajutorul celorlalţi.

4. *Suferinţa morală*

Suferinţele psihomorale trebuie înţelese ca fiind acele stări sufleteşti şi morale care afectează Eul personal, ca urmare a unor acte ale acestuia, fie că este vorba de intenţii imorale, de acte reprobabile moral, fie că este vorba de acte morale care trebuiau făcute, dar de la efectuarea cărora individul s-a sustras sau pe care a refuzat să le facă.

Orice suferinţă psihomorală este consecinţa unui act de vinovăţie sau a unei serii de acte de care Eul personal este direct responsabil. Răspunderea faţă de actele comise are întotdeauna un caracter de „durere sufletească şi morală", care face ca persoana respectivă să sufere, să fie apăsată, să nu se mai simtă liberă.

Cele de mai sus demonstrează faptul că între Eul personal şi conştiinţa morală a unei persoane există o legătură directă, permanentă, de o mare importanţă. Că, de fapt, aceste două instanţe ale aparatului psihic al personalităţii sunt inseparabile. Conştiinţa morală „dublează" Eul persoanei. Aceasta este atât de importantă, încât putem spune că nu se poate vorbi în mod deplin despre un Eu în absenţa conştiinţei morale. Ea este cea care desăvârşeşte Eul. În mod egal, nu putem vorbi despre suferinţe psihomorale decât la persoanele care au conştiinţă morală. Cele cu o conştiinţă perversă sunt structuri anormale, imorale, lipsite de sensibilitate morală, care nu cunosc, nu simt şi nu pot înţelege binele. Ele sunt anormale, din punct de vedere sufletesc şi moral, prin natura lor primară. Din acest motiv, ne vom opri să analizăm ceea ce este „normal" şi „anormal" din punct de vedere psihomoral, în raport cu alte forme de suferinţe.

Normal şi anormal din punct de vedere psihomoral

Când vorbim despre suferinţele psihomorale, este absolut necesar să precizăm ce se înţelege prin *normal* şi *anormal* în psihologia morală şi în psihologie.

În situaţia la care ne referim, a fi normal reprezintă a fi conform cu valorile şi normele morale. A fi anormal desemnează a te abate de la valorile şi normele morale. *A fi conform cu* sau *a te abate de la* reprezintă o anumită atitudine sufletească, o înclinaţie, un mod de a fi, de a te prezenta şi acţiona.

Din aceste motive, nu se poate vorbi despre o normalitate sau despre o anormalitate exclusiv psihologică sau exclusiv morală. Ambele situaţii ale persoanei sunt concomitent sufleteşti şi morale. Starea de normalitate este conformă cu conştiinţa morală, pe când starea de anormalitate se abate de la conştiinţa morală sau, ceea ce este mult mai grav, corespunde cu conştiinţa morbidă ori perversă.

Intervine însă un factor particular, extrem de important, şi anume educaţia. Conştiinţa morală există în om *in nuce*. Dar, ca să se poată dezvolta şi acţiona, ea trebuie educată. Trebuie să i se administreze prin educaţie valorile morale pe care persoana să şi le interiorizeze şi să i le „atribuie" Eului său personal. Trebuie ca, prin educaţie, să se formeze Supraeul moral, ca sediu al conştiinţei morale a individului.

Un rol important în formarea conştiinţei morale pentru individ îl au şi mediul acestuia, originea persoanei, familia din care provine, modelele cu care a venit în contact şi influenţa asupra formării persoanei, capacitatea de discernământ, receptivitatea şi interesul faţă de valorile morale, nivelul de inteligenţă, forţa sufletească etc.

Pierderea valorilor morale reprezintă un factor grav de „cădere" a fiinţei umane. Ea devine vulnerabilă, pierzându-şi echilibrul şi coeziunea interioară, siguranţa de sine, stabilitatea, încrederea şi curajul. Anormalitatea psihomorală este caracterizată tocmai prin aceste trăsături.

Anormalitatea psihomorală este condiţia şi terenul pe care se dezvoltă suferinţele psihomorale. Devianţele individuale care fac ca Eul personal să devină iresponsabil de actele sale şi să comită fapte reprobabile, care să ducă la suferinţe sufleteşti şi morale.

Anomaliile psihomorale, prin natura lor, se diferenţiază de anomaliile care constituie tulburările psihice pure. Ele sunt, în primul rând, suferinţe psihomorale, pe când celelalte sunt boli psihice. De primele se ocupă în primul rând psihopatologia, iar de celelalte, psihiatria.

Prezenţa suferinţelor psihomorale a fost semnalată de numeroşi specialişti. Aceştia fie le-au separat de bolile psihice, fie au căutat să le fixeze un „cadru" special. De regulă însă, au fost în mod constant apropiate de bolile psihice şi considerate ca fiind înrudite cu acestea. În sensul acesta, ele au fost considerate *variaţii patologice ale normalului* sau *stări premorbide*, subliniindu-se prin aceasta faptul că se situează la limita dintre normalitatea şi anormalitatea psihică, fără a li se acorda însă statutul de boli psihice. Din punctul de vedere al persoanei aflate în stare de suferinţă morală, ele sunt considerate *situaţii de impas*, cu caracter de izolare sau retragere din realitate, cu refuzul comunicării cu ceilalţi, al lumii în general, ca stări de disconfort interior de o largă gamă etc.

Această grupă de suferinţe nu poate fi însă etichetată în acelaşi mod în care sunt considerate şi definite bolile psihice. Ele sunt suferinţe interioare, expresie a *conflictului dintre Eu şi conştiinţa morală* a persoanei respective – prin urmare, o suită de probleme sufleteşti şi morale strict şi absolut personale.

Condiţiile suferinţelor psihomorale

Care sunt condiţiile care duc la apariţia suferinţelor psihomorale? Care sunt cauzele şi circumstanţele care le determină şi le configurează? De ce natură sunt aceste cauze? Iată câteva întrebări la care suntem obligaţi să răspundem pentru a putea pătrunde cu înţelegerea noastră în sfera suferinţelor psihomorale.

Majoritatea specialiştilor sunt de acord în a recunoaşte, cum spuneam deja mai sus, existenţa suferinţelor psihomorale. În ceea ce priveşte cauzele lor, acestea sunt diferite, depinzând de direcţia din care sunt considerate, ca semnificaţie (religie, morală, cultură, psihologie, psihiatrie, pedagogie etc.). În orice caz, trebuie să admitem faptul că la producerea suferinţelor psihomorale contribuie o multitudine de factori şi condiţii care le pot determina. Ele au o anumită specificitate şi sunt importante în viaţa individului. Vom analiza în cele ce urmează cele mai frecvente şi mai importante condiţii care generează suferinţele psihomorale.

1. *Dificultăţile de adaptare*

Această categorie de condiţii poate genera diverse suferinţe morale: izolarea persoanei sau marginalizarea ei în raporturile cu ceilalţi, absenţa stimulării sau scăderea motivaţiilor, plasarea individului în situaţii critice de viaţă. Aceste condiţii pun probleme deosebit de serioase privind adaptarea individului, care se va considera exclus, inutil, lipsit de sens, fără valoare.

2. *Dificultăţile de comunicare*

Comunicarea unei persoane cu ceilalţi este una dintre condiţiile fundamentale de adaptare-integrare a acesteia. Ea este cea care stabileşte starea de echilibru interior şi de acord exterior. În condiţiile în care comunicarea este dificilă, defectuoasă sau complet întreruptă, apar suferinţe psihomorale. Aceste dificultăţi de comunicare sunt realizate în următoarele situaţii: izolarea individului, stări de inhibiţie, timiditate sau frustrare, neîncredere, teamă, fobii etc. Ca şi în cazul dificultăţilor de adaptare, dificultăţile de comunicare ce se corelează cu cele menţionate anterior duc la aceleaşi forme de suferinţe psihomorale.

3. *Consecinţele unor evenimente negative*

Evenimentele negative, cu efect psihotraumatizant, care survin în viaţa persoanei pot determina apariţia unor suferinţe psihomorale dintre cele mai diferite. Acestea sunt reprezentate prin frustrări, conflicte, complexe sau situaţii castratoare, carenţe emoţionale sau educaţionale. Individul se simte apăsat interior, singur şi izolat. Complexele, în special cele de culpabilitate şi de inferioritate, îl imobilizează, îl determină să se retragă din lume într-o izolare morbidă.

4. *Dificultăţile de dezvoltare*

Această categorie de factori capabili să determine apariţia unor suferinţe psihomorale este legată de dezvoltarea şi maturizarea psihoafectivă şi psihomorală a persoanei. Dezvoltarea este legată, la rândul ei, şi de procesul de educare-formare a individului şi în primul rând a conştiinţei morale, respectiv a Supraeului acestuia. În sfera dificultăţilor de dezvoltare capabile de a duce la suferinţe psihomorale notăm următoarele : stările de dependenţă de alte persoane a individului, fapt care traduce un Eu slab, dominat de Eul tare al altei persoane, imaturităţi afective sau carenţe afective, stări de frustrare şi de importanţă majoră, o situaţie oedipiană nerezolvată.

5. *Dificultăţile de motivaţie individuală*

Motivaţia reprezintă stimulentul care declanşează şi menţine starea de tensiune psihomorală a Eului. Ea este cea care alimentează conştiinţa morală ce va da sensuri Eului personal şi formelor de manifestare a acestuia. Din aceste considerente, schimbarea, pierderea sau absenţa oricărei motivaţii vor avea implicaţii directe, profunde şi variate asupra vieţii psihomorale a persoanei. În primul rând, Eul va scăpa de sub controlul conştiinţei morale. El se va devaloriza, îşi va pierde sensul, prăbuşindu-se într-o stare de depresie morală, de disperare, de inutilitate. Aceste stări se vor extinde şi asupra vieţii individului, asupra sensului acesteia, ducând la autoizolare sau chiar la forma cea mai gravă de negare a propriei vieţi : suicidul.

6. *Situaţiile critice ale vieţii*

O categorie particulară ce poate constitui condiţii de apariţie a suferinţelor psihomorale este reprezentată de situaţiile critice de viaţă, cu caracter neprevăzut, care surprind persoana complet nepregătită să răspundă la acestea şi o fac astfel vulnerabilă. Situaţiile critice de viaţă au, de regulă, un caracter psihotraumatizant deosebit de brutal. Ele se pot manifesta prin depresii morale, doliu prelungit patologic, conduite de refugiu (fugi, vagabondaj, alcoolism, toxicomanii etc.), prin fabulaţii etc.

Toate aspectele prezentate mai sus reunesc condiţiile etiologice capabile să producă suferinţe psihomorale. Să analizăm aspectele formale ale acestor suferinţe.

Formele suferinţelor psihomorale

Aşa cum am spus deja, suferinţele psihomorale au fost semnalate şi descrise de specialişti care le-au considerat forme de suferinţă interioară ale conştiinţei persoanei, afectând în principal Eul acesteia. E. Minkowski le consideră *aspecte patice ale vieţii*, pentru K. Jaspers, ele sunt cuprinse în situaţiile-limită. În psihologia morală, suferinţele psihomorale sunt considerate ca făcând parte din grupa *situaţiilor închise* (C. Enăchescu).

Deşi, aparent, suferinţele psihomorale sunt de un mare polimorfism ca tablouri clinice, ele se grupează în jurul Eului personal. Este destul de dificil să acceptăm o

anumită clasificare a tulburărilor psihomorale ale individului. Vom încerca să facem aceasta, referindu-ne la aspectele patologice psihomorale ale Eului personal. În sensul acesta, distingem următoarele grupe de tulburări psihomorale:

a) tulburări psihomorale caracterizate printr-o *slăbire patologică a Eului*, reprezentate prin următoarele tipuri de manifestări: apatia, nostalgia şi depresia morală. Acestea sunt forme de inhibiţie, de inactivitate, de renunţare ale Eului personal;
b) tulburări psihomorale caracterizate prin *tendinţa de afirmare patologică a Eului* şi reprezentate prin următoarele tipuri de manifestări: egocentrismul, narcisismul, orgoliul exagerat, expunerea exhibiţionistă a persoanei, histrionismul, nevoia de a fi permanent în centrul atenţiei celorlalţi, de a fi văzut, admirat şi valorizat;
c) tulburări psihomorale caracterizate prin *tendinţa de retragere a Eului* şi reprezentate prin următoarele tipuri de manifestări: fuga, vagabondajul, laşitatea, nevoia imperioasă de a dispărea, de a se ascunde de ceilalţi, toate legate de complexe de culpabilitate, pe care persoana respectivă le resimte în raporturile sale cu ceilalţi;
d) tulburări psihomorale caracterizate prin *devieri patologice ale Eului personal* în raporturile sale cu realitatea şi cu celelalte persoane. Acestea sunt reprezentate prin următoarele tipuri de manifestări: mitomania, fabulaţia, construcţia şi vehicularea de intrigi. Manifestările sunt expresia unui Eu slab care caută să distrugă, în mod indirect, atât „imaginea lumii", cât şi „imaginea celorlalţi", pentru a se putea pune în valoare pe sine. Este concomitent şi expresia unor complexe de inferioritate şi de culpabilitate. Este modalitatea de a „lupta în mod laş" a persoanelor slabe şi instabile, complexate;
e) tulburări psihomorale caracterizate prin *tendinţa de compensare morbidă a apetenţelor Eului personal*, frustrat sau cu carenţe emoţional-afective, de educaţie, cu lipsă a modelelor parentale sau cu o situaţie oedipiană deviantă sau chiar absentă. Acestea sunt reprezentate prin următoarele tipuri de manifestări: furtul, colecţionarismul adesea absurd, inutil, la întâmplare, lipsit de criterii valorice, refugiul în alcool, droguri psihotrope etc.

O privire generală asupra suferinţelor psihomorale ne pune în faţă câteva aspecte comune tuturor. În primul rând, ne indică persoanele care prezintă risc pentru aceste suferinţe. În al doilea rând, ne arată care sunt elementele comune ale acestor suferinţe.

Persoanele cu risc pentru suferinţele psihomorale sunt persoanele instabile, imprevizibile, cu un dezechilibru sufletesc şi moral, a căror conştiinţă morală este imatură sau, ceea ce este deosebit de grav, cele care au o conştiinţă morbidă. Imaturitatea afectivă este accentuată de situaţiile frustrante sau castratoare ale vieţii, de absenţa modelelor parentale, de o situaţie oedipiană nerezolvată. Ele şi-o caută permanent. Sunt într-o permanentă cursă cu propria persoană, schimbă situaţii, sunt instabile, nu se pot fixa, nu pot iubi, nu pot simţi moral. Sunt persoane infirme moral şi afectiv; deşi pot fi înzestrate cu inteligenţă, şi-o folosesc în sens malefic, construind intrigi, fabulaţii mitomaniace sau frustrându-i pe ceilalţi. Astfel de indivizi nu pot fi liniştiţi şi nici mulţumiţi decât dacă cei din jurul lor suferă.

Se pot desprinde câteva elemente comune, caracteristice tuturor formelor de suferinţă psihomorală, indiferent de aspectul acestora. Ele sunt următoarele: tendinţa la depresie, nelinişte, frica de viaţă, nevoia de a fugi, de a vagabonda din cauza imposibilităţii de a se fixa într-un loc sau într-o activitate profesională. Nevoia de a-i frustra pe ceilalţi

pentru a avea sentimentul compensării propriilor frustrări. Existenţa unui nucleu sau stări complexuale ale Eului personal, de regulă complexe de culpabilitate şi de inferioritate pe care cei aflaţi în astfel de situaţii caută să şi le anuleze prin identificarea cu persoane superioare lor. O stare de nelinişte permanentă care-i împiedică să relaţioneze cu ceilalţi, să construiască legături durabile, să se fixeze afectiv cu alte persoane.

Un aspect psihopatologic interesant este dat de faptul că suferinţele psihomorale sunt caracterizate prin relaţii de factură nevrotică cu ceilalţi. Aceste persoane se ataşează de alţii nu din considerente afective, ci din tendinţa inconştientă de a-şi compensa propriile frustrări, carenţe afective, stări complexuale, pe care le proiectează asupra celorlalţi. În momentul în care conţinutul conflictual-nevrotic este descărcat proiectiv asupra celuilalt, „persoana" cu probleme psihomorale „dispare". Dar existenţa individului va continua în acelaşi mod.

Este cazul să facem precizările de rigoare, faţă de discuţia de mai sus, în ceea ce priveşte suferinţele psihomorale şi personalităţile psihopatice. Personalităţile psihopatice sunt structuri organizate „caracteriopatic", pe când „suferinţele psihomorale" se dobândesc şi se dezvoltă pe parcursul vieţii individului, în raport cu condiţiile specifice la care am făcut referire mai sus. În plus, tulburările psihopatice sunt cantonate la nivelul caracterului, pe când suferinţele psihomorale afectează conştiinţa morală a persoanei. În aceasta constă şi diferenţa dintre cele două categorii menţionate.

Secţiunea a IV-a

Psihopatologie antropologică şi socială

Psihopatologia antropologică şi socială are intenţia de a depăşi cadrele stricte ale observării persoanei bolnavului psihic şi ale fenomenelor psihice morbide individuale. Ea îşi fixează ca obiectiv analiza sintetică a „modelelor de personalitate" şi a „modelelor psihobiografice" din punct de vedere psihopatologic, considerând boala psihică drept o dimensiune ontologică a persoanei umane. Această observaţie este completată de reproducerea experimentală a tulburărilor psihice (psihozele experimentale).

Într-o perspectivă antropologică lărgită, de factură psihosocială, sunt analizate „psihozele colective", ca manifestări psihopatologice ale grupurilor socioumane, fenomene de masă cu caracteristici, mecanisme şi forme de manifestări proprii.

Ultimul aspect privind integrarea psihopatologiei în contextul disciplinelor umaniste discută relaţiile dintre aceasta şi domeniul ştiinţelor umaniste.

35. Tipurile atitudinale față de bolile somatice și psihice

Cadrul general

Starea de *boală somatică*, precum și cea de *boală psihică*, considerate din punct de vedere medical, reprezintă forme de tulburări fie funcționale, fie organice, fie de natură mixtă, psihosomatică ale individului. Dincolo însă de aceste aspecte pur medicale, boala este resimțită și trăită de persoana umană ca un tip particular, neobișnuit, de existență. Orice boală reprezintă o schimbare care generează impresia alteralității, un sentiment de disconfort ce se opune calitativ normalității. În sensul acesta, boala este percepută ca ceva „străin", ca un fapt neobișnuit, „intrat" în viața individului și care, prin natura sa, se opune, având un caracter negativ, valorilor vieții.

Considerată din această perspectivă, boala ne apare ca un „accident ontologic" ce aduce în viața individului starea de anormalitate. Persoana resimte această schimbare și va dezvolta o anumită atitudine față de starea de boală.

Trăirea bolii de către individ reprezintă, în primul rând, o „atitudine" de ordin psihologic și moral, care depinde de modul de percepere a „alteralității", a schimbării regimului de viață normală, dar, în egală măsură, ea este și o elaborare a unor „strategii" prin care persoana respectivă caută să stabilească niște raporturi între ea și boală.

Ne găsim în fața a două situații. Pe de o parte, aspectul legat de „prezența bolii" ca stare de anormalitate, de modificare patologică, somatică, psihică sau psihosomatică a individului, determinată de o cauză specifică și care reprezintă, din punct de vedere medical, tabloul bolii respective. Pe de altă parte, „atitudinea" persoanei față de boala sa, precum și modalitatea în care această situație este „prelucrată mintal" de către bolnav.

Orice boală dezvoltă din partea bolnavului o anumită atitudine față de suferința sa. Aceste atitudini apar odată cu instalarea suferinței și dispar după încetarea ei. Din aceste considerente, trebuie să recunoaștem ca pe un fapt existent important că orice stare de boală este asociată cu o anumită „atitudine ideo-afectivă" specifică bolnavului, că orice stare de boală produce o modificare psihologică în personalitatea bolnavului, fapt care este de o importanță majoră, atât în ceea ce privește evoluția clinică a bolii respective, cât și în ceea ce privește viitorul bolnavului. Acest aspect este atât de important, încât, în absolut toate situațiile, trebuie să avem în vedere atât boala, cât și schimbarea psihologică a personalității bolnavului, exprimată prin „atitudinea" acestuia față de boala sa.

Experienţa bolii

Cele menţionate mai sus ne permit să admitem faptul că fiecare bolnav „îşi trăieşte" propria boală, ca persoană, nu în sens medical, ci dintr-o perspectivă ontologică negativă a „negării existenţei", prin „intrarea" în sfera vieţii individului a alteralităţii, ca „pericol vital".

Este absolut firesc ca, în acest caz, bolnavul să dezvolte anumite atitudini emoţional--afective şi să interpreteze în plan ideativ propria suferinţă ca pe ceva absolut neobişnuit. Experienţa bolii este de fapt expresia formelor atitudinale ale individului, confruntat cu alteralitatea care-i pune în pericol propria existenţă. Aceste atitudini sunt modalităţi de „a fi" sau de „a se prezenta" ale Eului bolnavului respectiv. Ele vor depinde de natura şi forţa Eului personal.

Orice stare de boală, indiferent de natura acesteia, schimbă personalitatea bolnavului, iar aceste schimbări „se văd" în exterior prin modalităţile de „a reacţiona" ale Eului. Eul nu este indiferent faţă de suferinţă. El adoptă atitudini emoţional-afective, ce precedă elaborarea unor configuraţii ideo-mentale care însoţesc boala respectivă. Aceste aspecte dovedesc faptul că, în toate situaţiile, boala este „trăită" de către bolnavul respectiv ca o „experienţă sufletească" nouă, particulară şi neobişnuită.

Experienţa bolii este o trăire subiectivă a bolnavului faţă de boala sa, este o chestiune psihologică şi morală care nu trebuie neglijată. De multe ori, succesul sau eşecul terapeutic este legat de „dimensiunea psihologică" a bolii, de „atitudinea terapeutului" sau de modalitatea acestuia de „a-l înţelege" şi de „a-l sprijini" pe bolnav, în confruntarea acestuia cu propria boală.

Experienţa bolii, ca „trăire activă a suferinţei" de către bolnav, trebuie înţeleasă de terapeut, care în mod obligatoriu trebuie să fie coparticipativ, alături de bolnav, pentru a-l susţine sufleteşte şi moral.

Dar „experienţa bolii" nu este numai o atitudine emoţională, subiectivă, trăită de bolnav faţă de boala sa. Ea reprezintă şi un complicat proces de elaborare a unor forme de manifestare specifice sau de *stări paralele* de ordin psihologic, subiectiv, elaborate de bolnav. Aceste stări paralele constituie veritabile *tablouri clinico-psihologice* care însoţesc boala propriu-zisă şi sunt rezultatul atitudinilor bolnavului faţă de suferinţa sa. Dar „stările paralele" nu sunt numai „reacţii ale Eului bolnavului" faţă de boala sa. Ele sunt şi manifestări psihice de o factură particulară, prin care, într-o manieră simbolică, bolnavul „comunică" boala sa în exterior, celorlalte persoane şi, în primul rând, medicului terapeut.

Aceste tablouri clinico-psihologice nu sunt boli, ci conduite simbolice, rezultate ale atitudinilor bolnavului, care prelucrează într-o formă sublimată propria suferinţă, pentru a o „expune" şi a o „comunica" celorlalţi. Tablourile clinico-psihologice sunt tot ceea ce bolnavul „omite" sau „adaugă" unei suferinţe reale, de bază. Este modalitatea de „trăire" a acestei suferinţe. Ea este o modalitate particulară de a „prelucra" propria suferinţă, în virtutea unor motivaţii personale.

Dacă medicina are ca scop diagnosticarea şi tratamentul bolilor, psihologia are ca scop susţinerea morală şi psihologică a bolnavului aflat în suferinţă. În ceea ce priveşte psihopatologia, aceasta are rolul de a interpreta semnificaţia genezei, naturii şi scopului

acestor forme de manifestări paralele, asociate bolii de bază. Psihopatologia trebuie să explice semnificaţia acestor fenomene pseudoclinice care apar „în paralel" cu boala de bază. Trebuie explicate motivaţia şi scopul producerii lor.

Astfel pusă problema, este acceptat în mod cert faptul că apariţia acestor forme de manifestări subiective „elaborate" de către bolnav pune în discuţie natura şi dinamica Eului personal al acestuia. Să le analizăm în continuare.

Tablourile clinico-psihologice

Aşa cum spuneam mai sus, prin tablouri clinico-psihologice înţelegem totalitatea manifestărilor cu caracter atitudinal elaborate de bolnav ca o reacţie subiectivă trăită faţă de existenţa unei boli sau a unei suferinţe, reale ori imaginare, sau chiar în absenţa acesteia. În toate aceste situaţii, persoana bolnavului acţionează fie automat şi inconştient, fie voluntar şi conştient la elaborarea acestor manifestări, care fie „diminuează", fie „încarcă" o stare patologică existentă deja, fie că aceasta este „creată" de bolnav sau „imită" o anumită afecţiune. La baza acestei manifestări stau nişte motivaţii care vectorializează Eul bolnavului într-o anumită direcţie.

În spatele atitudinilor amintite se situează motivaţiile, dar şi interesele Eului persoanei respective. Aceste *atitudini motivaţionale* sunt reprezentate prin următoarele aspecte, care au caracteristici proprii, după cum se poate vedea în continuare.

1. Atitudinea de *negare* constă în ignorarea bolii, în refuzul bolnavului de a accepta sau de a recunoaşte existenţa bolii şi a faptului de „a fi bolnav", ca fiind ceva imposibil şi inautentic.
2. *Disimularea* este încercarea pe care o fac unii bolnavi de a ascunde prezenţa bolii, de a masca sau diminua simptomele existente, vizibile, căutând în felul acesta să apară cu o „imagine de sine" normală, de persoană sănătoasă, nealterată de existenţa unei boli.
3. *Suprasimularea* este atitudinea activă prin care anumite persoane cu suferinţe clinice banale, simple, nesemnificative şi cu o durată de evoluţie scurtă caută să exagereze aceste suferinţe, să le amplifice formele de manifestare, pentru a atrage atenţia celor din jur. Se urmăreşte prin aceasta obţinerea unui sprijin afectiv şi moral, dar şi a unor avantaje de altă natură (socială, profesională, economică etc.).
4. *Simularea* este o atitudine care generează un comportament special şi complex, prin care un individ sănătos caută să reproducă anumite forme de boli somatice, psihice sau psihosomatice, în scopul voit de a atrage atenţia celor din jur pentru obţinerea unor avantaje personale. Este considerată, în unele privinţe, şi o „atitudine de refugiu în boală", bazată pe manifestarea exagerată a instinctului de apărare-conservare. Ea este o formă particulară de comportament demonstrativ-histrionic. Simularea este creaţia conştientă şi voluntară a unor tulburări sau tablouri clinice. Ea înglobează într-un context unic producţiile fantasmatice ale unor tulburări subiective sau imitarea artificială a unor stări morbide complexe. Se vorbeşte, în aceste situaţii, de un „fenomen de patoplastie", în sensul de „creaţie-imitare" a tablourilor clinice (A. Costedoat).

   În funcţie de starea mintală a persoanelor simulante, se vorbeşte de o simulare patologică, proprie bolnavilor psihic, şi despre o simulare banală sau normală,

proprie indivizilor fără tulburări psihice (A. Costedoat). Orice simulare, indiferent de natura sa, poate lua următoarele aspecte:
a) o creaţie patoplastică a individului;
b) exagerarea unor tulburări minore existente;
c) menţinerea sau amplificarea unor tulburări reziduale sau care s-au retras deja.

5. *Refugiul în boală* este o atitudine prin care un individ „inventează", „caută" sau pur şi simplu „îşi produce" o afecţiune oarecare, prin a cărei prezenţă să exercite o anumită influenţă psihologică, medicală şi morală asupra celor din anturajul său, pentru a obţine, pe această cale, din partea medicilor un „statut de bolnav" care-i poate oferi anumite avantaje sau o anumită protecţie, în conformitate cu scopurile personale urmărite de acesta.
6. *Metasimularea* este atitudinea de perseverare a unor indivizi care au suferit de diferite afecţiuni reale, dar care fie sunt pe cale de rezoluţie clinică, fie s-au retras complet, înregistrându-se vindecarea. În acest caz, metasimularea apare ca o atitudine de „menţinere" sau de „prelungire" voluntară a manifestărilor clinice ale bolii după încheierea evoluţiei clinice a acesteia.

Din analiza aspectelor menţionate mai sus se desprinde un element comun tuturor formelor descrise şi cuprinse de noi în tablourile clinico-psihologice, o anumită atitudine a indivizilor faţă de boală, de suferinţă. Mai mult chiar, se poate vorbi de o anumită utilizare sau manipulare a suferinţei, în scopul „influenţării" atât a anturajului, cât şi a corpului de îngrijire medicală, în scopul obţinerii unui „statut medico-social" avantajos şi protector pentru individul respectiv.

Din punct de vedere psihologic, psihopatologic şi moral, chestiunea imitării sau a *mascării* bolilor şi suferinţelor produse de acestea aduce în discuţie două aspecte: sinceritatea şi minciuna (A. Porot). Dincolo de aceste aspecte, trebuie să vedem ce „evenimente" existente în psihobiografia acestor indivizi contribuie la adoptarea unor asemenea „atitudini-conduite". Astfel de evenimente pot fi:

- carenţe emoţional-afective;
- frustrări;
- timiditate constituţională;
- dificultăţi de adaptare-integrare;
- imaturitate afectivă sau situaţii de dependenţă afectivă;
- intelect de limită sau diferite grade de debilitate mintală;
- complexe de inferioritate;
- trăsături de personalitate de tip paranoic;
- tulburări caracteriale;
- regresiune afectivă, ca o reacţie de „retragere-apărare" în faţa unor evenimente sau situaţii resimţite ca nişte pericole de către individ;
- manifestări de factură demonstrativ-histrionică, cu scopul de a atrage atenţia şi de a obţine avantaje psihologice, morale şi sociale (sprijin, compătimire etc.);
- atitudini de refugiu în boală, prin negarea sau refuzul normalităţii, în scopul obţinerii unui statut protejat.

Toate aspectele discutate realizează, în paralel cu boala propriu-zisă, configuraţia care cuprinde manifestările psihologice şi morale ale bolnavului faţă de propria boală şi pe care noi le-am denumit tablouri clinico-psihologice.

Tematica tablourilor clinico-psihologice

În cadrul tablourilor clinico-psihologice întâlnim un mare polimorfism de manifestări patomimice, după expresia lui Dieulafoy, ale bolilor. În marea lor majoritate, acest tip de manifestări fac apel la bolile existente, dar sunt şi situaţii în care sunt „inventate" afecţiuni imaginare, neobişnuite sau cu un caracter absurd. Este fenomenul de *patoplastie* (E. Dupré, E. Régis).

Care sunt tematicile tablourilor clinico-psihologice? Teoretic, toată patologia. Există însă şi în acest domeniu anumite reguli. Vom prezenta, în continuare, afecţiunile cel mai frecvent întâlnite în cazul tablourilor clinico-psihologice.

1. *Simularea infirmităţilor sau a bolilor*:
   a) boli neurologice (pseudoparalizii, pseudotremurături, crize convulsive diverse, tulburări de sensibilitate, atitudini vicioase, cecitate, surdomutitate, mutism etc.);
   b) boli somatice diferite (icter, conjunctivită, vărsături, stări febrile, hipertensiune arterială, epistaxis, leziuni cutanate etc.).
2. *Simularea bolilor psihice*:
   a) crize isterice;
   b) crize epileptice;
   c) stări confuzionale;
   d) depresii;
   e) apelul la suicid;
   f) deliruri;
   g) agitaţii psihomotoare.
3. *Simularea unor afecţiuni psihosomatice*:
   a) stări alergice;
   b) afecţiuni digestive;
   c) dispneea pseudoastmatică;
   d) dermatoze;
   e) hipertensiune arterială.

Faţă de cele prezentate mai sus se impune o precizare în ceea ce priveşte semnificaţia tablourilor clinico-psihologice. Am afirmat că ele reprezintă o patologie paralelă sau o patologie de însoţire a bolii propriu-zise, mai exact, o „atitudine" a bolnavului exprimând schimbarea psihologică şi morală a personalităţii sale.

Boala este percepută de bolnav ca o stare de alteralitate a persoanei sale somatice sau psihice. În acest caz, trupul bolnavului devine un spaţiu al suferinţei. Atitudinea bolnavului faţă de boală va face ca propriul corp să devină un spaţiu al frustrărilor sale. Un spaţiu în care se confruntă alteralitatea cu normalitatea.

Orice boală este resimţită de bolnav, în plan inconştient, ca o frustrare. Acesta dezvoltă faţă de boală o atitudine de respingere sau de compensare, adăugând la tabloul clinic al bolii acea suferinţă psihologică şi morală „paralelă", reprezentată prin „tablourile clinico-psihologice".

Tablourile clinico-psihologice sunt construcţii simbolic-sublimative prin care Eul personal al bolnavului compensează suferinţa produsă de boală. Dar, în egală măsură, ele reprezintă şi o anumită *imagine de sine*, pe care bolnavul o construieşte, într-o

manieră automată, inconştientă, pentru a exprima „starea de suferinţă" a propriei persoane. Această imagine simbolică este *masca bolii* sau *masca suferinţei*. Ea este o comunicare simbolică înspre ceilalţi, cu semnificaţie emoţional-afectivă, dar şi morală.

Orice boală are un *limbaj medical*, dar şi un *limbaj psihologic*. Limbajul medical, concentrat în simptomatologia clinică a bolii, se adresează medicului, ca un cod de semne care individualizează cauza bolii, starea de dezechilibru funcţional produsă de aceasta, prognosticul etc. Limbajul psihologic este un cod simbolic al suferinţei trăite de bolnav, o modalitate strict personală prin care acesta „se arată" şi „comunică" celorlalţi ceea ce simte că este el. Limbajul medical exprimă boala propriu-zisă, pe când limbajul psihologic este expresia suferinţei psihice a bolnavului faţă de boala sa.

Aceste considerente ne obligă să admitem faptul că cele două tipuri de limbaj sunt intim legate între ele, condiţionându-se reciproc. Nu putem, nu trebuie, nu avem dreptul, deşi în practică se face, de a le separa. O imagine globală a bolii, indiferent de natura acesteia, este dată numai de combinarea sintetică a informaţiilor furnizate din ambele direcţii.

Nu ne putem limita exclusiv la limbajul medical, omiţând chiar ca nesemnificativ „ştiinţific" limbajul psihologic. Este foarte adevărat faptul că „limbajul psihologic" este extrem de nuanţat, propriu fiecărui bolnav, cu o mare încărcătură emoţională şi lipsit de codificarea ce caracterizează limbajul medical. Dar acest „limbaj psihologic" este vocea suferinţei şi reprezintă singura cale prin care avem acces la interioritatea fiinţei bolnavului, la acea zonă interioară a conştiinţei acestuia, în care este consumată „experienţa psihologică a bolii" resimţită ca suferinţă.

Prin intermediul limbajului medical înţelegem şi descoperim boala, dar prin intermediul limbajului psihologic înţelegem şi descoperim persoana bolnavului. Din acest motiv, dacă pentru înţelegerea limbajului medical ne sunt necesare cunoştinţe medicale de specialitate, pentru înţelegerea limbajului psihologic trebuie să deprindem arta înţelegerii umanului, tactul şi fineţea de spirit de a surprinde, dincolo de cuvinte, sensul trăit al acestora, de a intra în intimitatea bolnavului. Or, aceasta nu o poate face oricine.

Înţelesul limbajului medical al bolii este o chestiune de tehnică medicală. Înţelesul limbajului psihologic al suferinţei este o chestiune de artă, de tact psihologic, de „acord interuman" empatetic. Or, acest aspect depăşeşte tehnica medicală rutinieră, plasându-se în sfera confesiunii, a unei „întâlniri interioare", dincolo de dimensiunea medicală.

36. Modele de personalitate în psihopatologie

Aspecte generale

Aşa cum în nosologia psihiatrică se urmăreşte stabilirea sau delimitarea unor cadre clinice precise, având specificitate pentru bolile mintale, în scopul configurării unor tablouri clinice ale acestora, se pot, în egală măsură ca şi în sfera psihopatologiei, delimita anumite *modele de personalităţi anormale*, având un caracter specific în raport cu modelele normale ale personalităţii. Precizăm însă că tablourile clinico-psihiatrice nu trebuie identificate cu modelele anormale ale personalităţii.

Referitor la această problemă, K. Jaspers a vorbit despre „temele psihopatologiei", aşa cum au fost ele prezentate de noi în secţiunea generală a lucrării de faţă. K. Schneider a descris „personalităţile psihopatice" ca forme anormale de personalitate, raportându-le însă la nosologia psihiatrică. La rândul său, K. Leonhard introduce conceptul de „personalităţi accentuate", structuri formale care au o anumită specificitate, situându-se la limita dintre normal şi patologic. H. Witter descrie „variaţiile patologice ale normalului". Toate aceste aspecte dovedesc că nu se poate trasa o demarcaţie netă între *normal* şi *patologic* în sfera vieţii psihice, întrucât cele două domenii sunt intricate într-o anumită privinţă. Pe de altă parte, fenomenele psihice – atât cele normale, dar mai ales cele patologice – sunt „privite" şi „înţelese" în moduri diferite din punctul de vedere al psihiatriei clinice şi al antropologiei psihopatologice.

Tablourile clinico-psihiatrice privesc, în primul rând, bolile psihice, pe când modelele anormale ale personalităţii privesc alterările psihice ale acesteia, considerate ca fenomene psihice morbide, şi nu ca afecţiuni medico-psihiatrice determinate de o anumită cauză.

J.M. Burchard (1980), în manualul său de psihopatologie, propune o sistematizare a tulburărilor psihice, plecând de la modelul de organizare a personalităţii. Acest punct de vedere este conform cu orientarea psihopatologiei, spre deosebire de modelul de gândire psihiatrică, ce pleacă de la datele medicale de observaţie clinică în elaborarea unor tablouri clinice ale personalităţii. În sensul acesta, J.M. Burchard distinge trei dimensiuni sau „domenii" (sfere) ale personalităţii : sfera psihică, sfera somatică şi sfera socială, toate contribuind la configurarea personalităţii. Asupra acestor aspecte am insistat în capitolele anterioare ale lucrării.

Un rol important în delimitarea modelelor anormale de personalitate în sfera psihopatologiei revine mecanismelor psihopatologice care stau la baza acestora.

E. Minkowski (1966) subliniază importanţa câtorva „mecanisme psihopatologice" care sunt direct implicate în procesul de modificare a sistemului personalităţii. Acestea sunt următoarele :

- disjuncţia sau disociaţia părţilor componente ale sistemului personalităţii ;
- legătura, ca opus al procesului disjuncţiei, având rolul de unificare dinamică a părţilor personalităţii, ambele, atât disjuncţia, cât şi legătura, având un caracter automat ;
- denudaţia, în sensul pierderii originalităţii ;
- fuziunea ca act de absorbţie şi interiorizare a unor elemente străine personalităţii ;
- confuzul, privind identitatea şi starea de conştiinţă ;
- vagul, ca formă înrudită cu confuzul ;
- inducţia sugestivă sau contagiunea psihică drept factor de patoplasticitate în geneza fenomenelor psihice morbide ;
- o anumită dispoziţie constituţională către dezvoltarea unei forme de tulburare psihică.

Un interesant punct de vedere referitor la *modelele patologice ale personalităţii* ne este oferit de K. Menninger. Acesta consideră că fenomenul psihic morbid nu trebuie separat de fenomenele psihice normale, ci ele trebuie tratate în cadrul aceluiaşi context. Elementul comun care le „apropie", dar care, concomitent, le şi „diferenţiază" este reprezentat de modalitatea de adaptare a individului la situaţiile vieţii trăite. Acest cadru reprezintă „factorul comun" în care apar şi se dezvoltă atât normalul, cât şi patologicul. Prin urmare, trebuie avute în vedere relaţiile dintre persoană şi situaţiile vieţii acesteia.

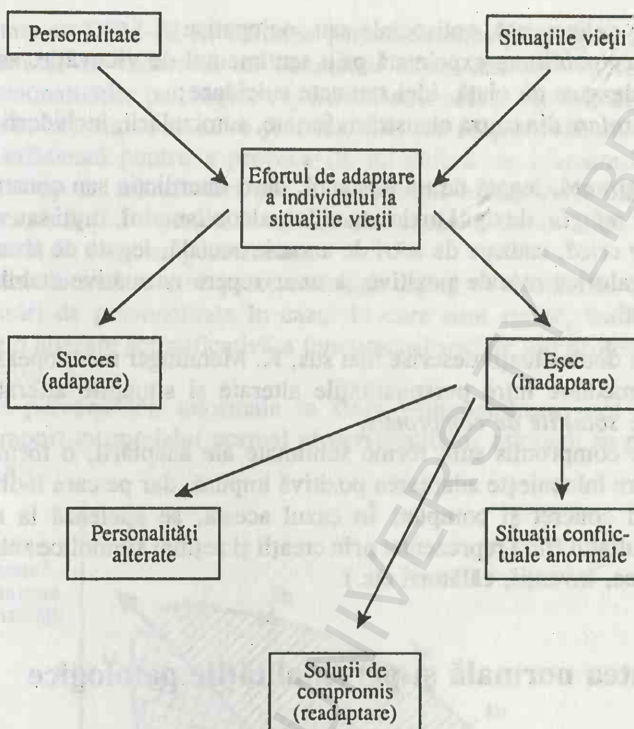
Pentru K. Menninger, personalitatea este formată din „nucleul ereditar", la care se adaugă factorii dobândiţi în cursul vieţii (modelele parentale, fraţii, familia de origine, mediul fizic, educaţia, cultura, valorile moral-religioase, psihobiografia individuală, modelele de comportament, relaţiile sociale, profesiunea, nivelul de instrucţie, căsătoria, bolile fizice sau psihice etc.).

În ceea ce priveşte situaţiile, K. Menninger consideră că acestea sunt reprezentate de circumstanţele sau evenimentele vieţii cu care se confruntă individul şi la care personalitatea acestuia este obligată să se adapteze, să realizeze „un acord" cu acestea. Este vorba, în final, de „un set de roluri pe care individul trebuie să le joace în decursul vieţii sale" (rol biologic, economic, social, cultural etc.). Toate situaţiile sunt previzibile sau imprevizibile, ele aflându-se într-o permanentă schimbare. Ele au un caracter de „noutate" şi pot fi „restrictive" şi „imperative" – de exemplu, „situaţiile-limită" descrise de K. Jaspers. Acestea pot fi reprezentate prin căsătorie, divorţ, moartea unui părinte etc.

Orice individ în decursul vieţii sale trebuie să desfăşoare un permanent „efort de adaptare" a propriei personalităţi în raport cu cerinţele situaţiilor vieţii. În funcţie de modul şi capacitatea de a „răspunde" la imperativele adaptării la situaţiile vieţii, avem de-a face cu trei posibilităţi, susţine K. Menninger, şi anume : succes, eşec, compromis. Din punct de vedere psihopatologic, ceea ce ne interesează, în primul rând, sunt cazurile de eşec sau de ratare a procesului de adaptare a individului la situaţiile vieţii.

Individul răspunde în două moduri la situaţiile de eşec ale vieţii : fie printr-o modificare a personalităţii sale din cauza insuccesului, fie printr-o confruntare cu situaţia, care poate lua pentru el o întorsătură anormală. În ambele cazuri, este vorba de urmările eşecului, ale inadaptării asupra persoanei respective.

Personalităţile alterate ţin de domeniul psihopatologiei, pe când *situaţiile alterate* ţin de domeniul sociologiei, aşa cum se poate vedea în schema următoare :



Personalităţile alterate reprezintă, pentru K. Menninger, obiectul psihopatologiei, dar şi al clinicii psihiatrice, iar ele sunt reprezentate prin următoarele tipuri :

a) *tipul somatic*, reprezentând personalităţi cu afecţiuni somatofizice ;
b) *tipul hipofrenic*, reunind personalităţile cu deficienţe de intelect ;
c) *tipul izolat*, în care sunt incluse personalităţile însingurate, închise în sine, interiorizate ;
d) *tipul schizoid*, care cuprinde personalităţile bizare, discordante şi autiste ;
e) *tipul cicloid*, reprezentat prin personalităţile de tip oscilant, capricioase, cu variaţii extreme emoţional-afective ;
f) *tipul nevrotic*, specific personalităţilor frustrate ;
g) *tipul antisocial*, cu un model de personalitate perversă, agresivă.

În ceea ce priveşte situaţiile alterate, acestea nu au aceeaşi semnificaţie cu cea a situaţiilor-limită descrise de K. Jaspers. Ele sunt situaţii create printr-o ratare a adaptării individului la situaţiile vieţii curente cu care este confruntat. K. Menninger consideră că ele aparţin sociologiei şi nu intră în sfera de interese ştiinţifice propriu-zise ale psihiatriei sau psihopatologiei.

Nu credem însă că personalităţile alterate trebuie separate de situaţiile alterate, ele condiţionându-se reciproc şi explicându-se unele prin celelalte. Din acest motiv, vom enumera în continuare câteva dintre ele :

a) *situaţiile de boală somatică* : suferinţe fizice, traumatisme, malformaţii, infecţii, intoxicaţii ;
b) *situaţiile de dependenţă*, de factură masochistă ;
c) *situaţiile de dominare*, tiranice, de factură sadică ;

d) *situaţiile de delincvenţă*, antisociale sau sociopatice ;
e) *situaţia de culpabilitate* exprimată prin sentimentul de vinovăţie, asociat cu o stare depresivă, dezgust de viaţă, idei sau acte suicidare ;
f) *situaţia de izolare* din cauza claustrării forţate, autoizolării, închiderii în sine, ascezei, recluziunii ;
g) *situaţia frustrantă*, legată de un obstacol, de o interdicţie sau constrângere ;
h) *situaţiile de refugiu*, de tipul toxicomaniilor, alcoolismului, fugii sau vagabondajului ;
i) *situaţiile de criză*, cauzate de stări de anomie socială, legate de absenţa normelor, a criteriilor valorice morale pozitive, a unor repere normative stabile ale modelului sociocultural.

Faţă de cele două situaţii descrise mai sus, K. Menninger menţionează existenţa unei categorii intermediare între personalităţile alterate şi situaţiile alterate. Aceasta este reprezentată de *soluţiile de compromis*.

Soluţiile de compromis sunt forme sublimate ale adaptării, o formă de readaptare compensată care înlocuieşte adaptarea pozitivă impusă, dar pe care individul nu o poate realiza în mod concret şi complet. În cazul acesta, se apelează la mecanismele de sublimare, rezultatul fiind reprezentat prin creaţii şi acţiuni simbolice substitutive (creaţii literare, artistice, invenţii, călătorii etc.).

Personalitatea normală şi personalităţile patologice

Personalitatea normală se defineşte la un individ ca fiind rezultatul integrării diferitelor sale componente pulsionale, emoţionale şi cognitive (J.D. Gulefi, P. Boyer, S. Consoli şi R. Olivier-Martin). Se consideră că există trei modele de personalitate normală, şi anume :
a) *Normalitatea statistică*, cea care asimilează norma ca frecvenţă. În cazul acesta, indivizii normali sunt indivizii medii, pe când indivizii anormali sunt consideraţi ca reprezentând categoria de *indivizi devianţi*, care se abat de la medie. Nu trebuie însă confundat „anormalul" cu „anomalia".
b) *Normalitatea ideală* desemnează o stare de perfecţiune la care se aspiră. În acest caz, orice comportament care nu este conform cu normele etice sau cu cele sociale (în sensul de „a fi conform cu modelul sociocultural", cu sistemul de valori normative) este considerat patologic.
c) *Normalitatea funcţională* este cea care corespunde stării celei mai apropiate de modelul de funcţionare psihologică propriu-zisă.

Pornind de la aceste aspecte care definesc cadrul personalităţii normale, se poate trece la definirea, descrierea şi clasificarea personalităţilor patologice.

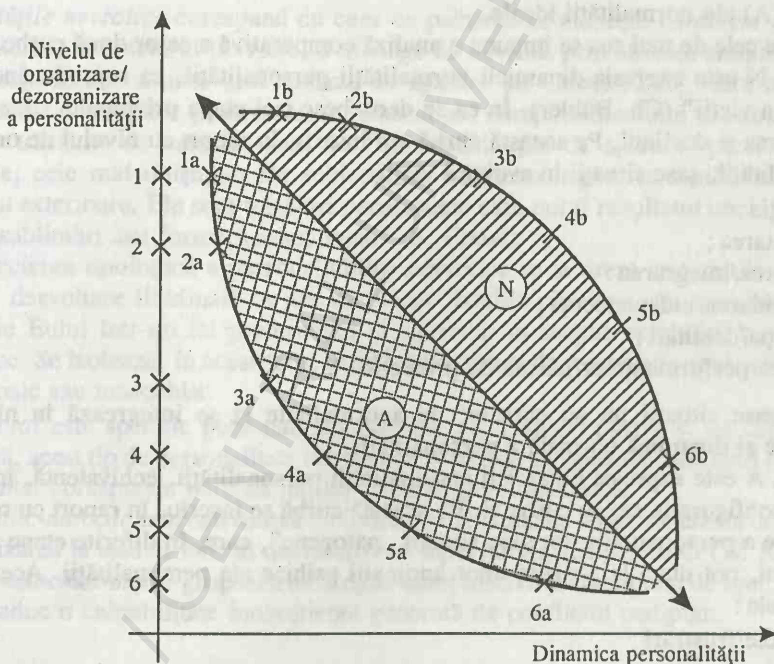
Deşi este relativ uşor de definit şi de delimitat personalitatea normală, este mult mai greu de stabilit un cadru unic pentru personalităţile patologice. Din acest motiv, există numeroase puncte de vedere şi dispute între specialişti.

Pentru K. Schneider, „personalităţile patologice sunt deviaţii pur cantitative ale personalităţii normale". Se consideră că o personalitate este patologică în cazul în care profilul caracterial al acesteia este rar din punct de vedere statistic, iar atitudinile şi comportamentele reprezintă o cauză de suferinţă atât pentru subiect, cât şi pentru anturajul acestuia.

În conformitate cu DSM-III-R, definiţia personalităţilor patologice este mai extinsă în raport cu punctul de vedere al lui Schneider expus anterior. În sensul acesta, se consideră că personalităţile patologice reprezintă structuri şi modele de comportament profund anormale, imprimate ca atare şi inflexibile, rar adaptate sau chiar inadaptabile, de o gravitate suficientă pentru a provoca fie un deficit de adaptare, fie o suferinţă subiectivă. Acest tip de manifestări pot fi în general recunoscute încă din perioada adolescenţei, persistând în perioada adultă şi accentuându-se către bătrâneţe. Ele reprezintă trăsături de caracter permanente.

În sensul celor de mai sus, se poate conchide faptul că trăsăturile de personalitate constituie tulburări de personalitate în cazul în care sunt rigide, inadaptabile şi responsabile fie de o alterare semnificativă a funcţionării sociale sau profesionale, fie de o suferinţă subiectivă.

Modelele de personalităţi anormale în sfera psihopatologiei pot fi reprezentate comparativ, în raport cu modelul normal al personalităţii, aşa cum se poate vedea din schema de mai jos.



Schemă reprezentând distribuţia complementară a tipurilor de personalitate în psihopatologie în comparaţie cu normalitatea

În schema de mai sus se pot vedea comparativ modelul normal al personalităţii (N) şi modelul patologic al personalităţii (A). Ele au un caracter complementar. Se pot vedea, comparativ, dinamica tipurilor de personalitate normală cu etapele sale caracteristice de dezvoltare (protecţie – 1b ; dezvoltare – 2b ; adaptare/integrare – 3b), stabilizare (consolidare/independenţă – 4b) şi declin (involuţie – 5b ; slăbirea performanţelor – 6b), iar pe de altă parte, dinamica tipurilor de personalitate anormală sau patologică cu „factorii morbigenetici" specifici, reprezentaţi prin conflicte (reacţii – 1a), regresiune

(nevroze – 2a), inadaptare (psihopatii – 3a), dezadaptare (psihoze – 4a), deteriorare (demenţe – 5a) şi deficienţe (oligofrenii – 6a).

Din schema prezentată se poate desprinde faptul că cele două zone, cea a normalităţii psihice (N) şi cea a anormalităţii psihice (A), sunt dispuse simetric, „în oglindă”, de o parte şi de alta a unei linii care marchează graniţa dintre normalitate (N) şi anormalitate (A); graniţă pe care o putem considera ca reprezentând starea de echilibru ideal al personalităţii sau „starea de normalitate ideală” la care, de fapt, se raportează teoretic cele două zone amintite.

Zona normalităţii (N) şi zona anormalităţii (A) par în cazul acesta a avea o poziţie de „complementaritate”, şi nu una de opoziţie, ele situându-se de o parte şi de alta a stării de echilibru sau a „normalităţii ideale”. De aici se poate conchide că cele două curbe A şi N sunt echivalente, dar contrare ca semnificaţie. Ambele apar ca „situaţii vitale”, egal posibile de „a fi” ale personalităţii umane. Mai mult chiar, prin situaţia lor în raport cu „linia de echilibru a normalităţii ideale”, ele se vor raporta permanent la aceasta, nefiind în fond, din punct de vedere teoretic, decât nişte *variaţii pozitive* (N) sau nişte *variaţii negative* (A) ale normalităţii ideale.

Faţă de cele de mai sus se impune o analiză comparativă a celor două curbe, N şi A.

Curba N este expresia dinamicii normalităţii personalităţii, ea reproducând „curba dinamică a vieţii” (Ch. Bühler). În ea se deosebesc trei etape principale: dezvoltarea, consolidarea şi declinul. Pe această curbă am înscris, în raport cu nivelul de organizare a personalităţii, şase situaţii în evoluţia vieţii:

- protecţia;
- dezvoltarea;
- adaptarea/integrarea;
- consolidarea/independenţa;
- involuţia/declinul;
- slăbirea performanţelor/nevoia de protecţie.

Cele şase situaţii nu au caracter de anormalitate şi se integrează în nivelul de organizare şi dinamică normală a personalităţii.

Curba A este expresia dinamicii anormalităţii personalităţii, echivalentă, în ceea ce priveşte configuraţia sa, cu curba N. Pe această curbă se înscriu, în raport cu nivelul de organizare a personalităţii, tot şase situaţii „patogene”, care, în diferite etape ale vieţii individului, pot duce la apariţia unor anomalii psihice ale personalităţii. Acestea sunt următoarele:

- conflicte/frustrări;
- regresiune;
- inadaptare;
- dezadaptare;
- deteriorare;
- deficienţă.

Se poate remarca faptul că, aşa cum cele două curbe N şi A sunt complementare, şi „factorii” sau „situaţiile” care pot influenţa dinamica evoluţiei vieţii persoanei sunt complementare, aşa cum, de altfel, se poate vedea din tabelul de la pagina 445, în care sunt expuşi „factorii de normalitate” (N) şi „factorii de anormalitate” (A).

Factorii de normalitate (N)	**Factorii de anormalitate (A)**
Protecţie	Conflict/frustrare
Dezvoltare	Regresiune
Adaptare/integrare	Inadaptare
Consolidare/independenţă	Dezadaptare/dependenţă
Involuţie/declin	Deteriorare/degradare
Deficienţă/performanţe slabe sau absente	Slăbirea/absenţa performanţelor

Tipurile de personalitate în psihopatologie

1. *Personalităţile nevrotice*

Personalităţile nevrotice corespund cu ceea ce psihanaliza numeşte *caractere nevrotice* (Glover, Reich). Caracterul nevrotic se distinge de nevroză prin absenţa simptomelor şi prin prezenţa izolată a unor „mecanisme de apărare ale caracterului", care constituie pentru subiect o carapace şi care dau un anumit stil comportamentului acestuia.

Aceste trăsături de caracter sunt de fapt modalităţile de apărare, preventive sau reacţionale, cele mai obişnuite ale subiectului, orientate împotriva conflictelor intrapsihice sau exterioare. Ele sunt trăsături permanente care pot fi rezultatul unei „reţele de pulsiuni, sublimări sau formaţii reacţionale" (S. Freud).

În aprecierea tipologică a personalităţilor nevrotice se ia drept criteriu de referinţă stadiul de dezvoltare libidinală ce are ca obiect fixaţiile obsesive sau mecanismele de apărare ale Eului într-un fel preferenţial şi stereotip în scopul rezolvării conflictelor intrapsihice. Se izolează, în acest sens, următoarele tipuri de caractere : oral, sadic-anal, falic, narcisic sau masochist.

1. *Tipul oral* este specific personalităţii isterice, cu trăsături pasive şi de dependenţă afectivă, acest tip de personalitate histrionică fiind mai apropiat de conflictul oedipian.
2. *Tipul anal* corespunde personalităţilor psihastenic-obsesionale.
3. *Tipul falic-narcisic* este determinat de formaţiile reacţionale legate de teama de castrare şi de fixarea la stadiul falic al dezvoltării cu hipervalorizarea penisului (W. Reich).
4. *Tipul masochist-moral* grupează tendinţele autopunitive şi conduitele de eşec, aspecte care traduc o culpabilitate inconştientă generată de conflictul oedipian.

2. *Personalităţile isterice şi dependente*

Problema acestor tipuri a fost studiată de numeroşi specialişti (J.M. Charcot, J. Babinski). P. Janet leagă patologia isterică de tipul de constituţie mitomaniacă, pe când K. Schneider spune despre isterici că sunt psihopaţi care simt nevoia să se pună în valoare.

Personalitatea de tip isteric a fost pe larg descrisă la femei. Ea este caracterizată prin următoarele „trăsături psihopatologice" :

- histrionism ;
- facilitatea afectelor ;
- model de gândire dominat de imaginaţie ;

- reactivitate emoţională cu hiperemotivitate şi impulsivitate ;
- sugestibilitate crescută şi mitomanie ;
- dependenţă afectivă ;
- tulburări de dinamică sexuală (frigiditate, indiferenţă, dezgust).

În ceea ce priveşte personalitatea de tip isteric la bărbaţi, aceasta rămâne încă o problemă discutabilă, fără a fi însă exclusă. În orice caz, atunci când ea este pusă în evidenţă, Th. Lemperière deosebeşte două forme :

a) *Bărbatul histrion* : bun actor, se confundă cu stereotipul sexului său. Histrionismul se asociază cu o stare de dezechilibru psihic, instabilitate, un tip de existenţă parazitară, afaceri frauduloase, fenomene astenice, dureri diverse ca localizare şi intensitate, simptome de tip deficitar, etilism.
b) *Bărbatul pasiv-dependent* este tipul imatur care-şi controlează cu greutate emoţiile, inhibat în viaţa socială, incapabil de o acţiune competitivă.

DSM-III-R include în acest grup de personalităţi patologice următoarele varietăţi : personalitatea histrionică, personalitatea dependentă şi personalitatea pasiv-agresivă. Le vom analiza în continuare.

a) *Personalitatea histrionică* se caracterizează prin următoarele tipuri de manifestări :
   - este percepută de ceilalţi ca superficială şi lipsită de autenticitate, în pofida unei aparenţe de căldură şi de farmec personal ;
   - egocentrică, preocupată de sine, indiferentă faţă de alţii ;
   - vanitoasă şi exigentă ;
   - dependentă, slabă, neliniştită ;
   - înclinată către ameninţări, gesturi sau tentative de suicid în scop de manipulare pentru obţinerea unor avantaje personale de la alţii.
b) *Personalitatea dependentă* se caracterizează prin următoarele :
   - incapabilă de autonomie, se bazează pe ajutorul altora, incapabilă de a-şi asuma responsabilitatea ;
   - dependentă de alte persoane pentru a se simţi la adăpost ;
   - lipsită de încredere în sine, având sentimentul de abandonare.
c) *Personalitatea pasiv-agresivă* este caracterizată prin următoarele trăsături psihopatologice :
   - este incapabilă să desfăşoare o activitate adecvată din punct de vedere profesional şi social ;
   - manifestă rezistenţă în acţiuni, încăpăţânare, pierdere de timp, ineficacitate deliberată, uitări nejustificate ;
   - dă dovadă de ineficacitate durabilă şi globală în plan social şi profesional ;
   - persistă în acest tip de comportament, chiar atunci când circumstanţele sunt asigurate, eficace şi posibile.

3. *Personalitatea paranoică*

Trăsătura fundamentală a acestui tip de personalitate este reprezentată prin hipertrofia propriului Eu. Constituţia paranoică este caracterizată prin prezenţa următoarelor elemente psihopatologice :

- egocentrism cu hipertrofia Eului, care determină dezvoltarea orgoliului şi a unor sentimente de superioritate în raport cu celelalte persoane ;

- dispoziţie incertă, cu neîncredere, tendinţă la suspiciune ostilă faţă de anturaj şi interpretări răuvoitoare faţă de ceilalţi ;
- falsitatea judecăţii, cu paralogisme ireductibile, responsabile de interpretări eronate care vor constitui premisele unui sistem de gândire de factură delirantă, de persecuţie, de grandoare sau cu o altă tematică bine conturată.

După Genil-Perrin, personalitatea paranoică se caracterizează prin următoarele patru trăsături fundamentale : hipertrofia Eului, neîncredere, falsitatea judecăţii, inadaptare socială.

În cadrul tipului de personalitate paranoică se descriu câteva forme net diferenţiate. Cele mai delimitate şi universal admise de specialişti sunt tipurile descrise de E. Kretschmer. În această privinţă, el distinge : *personalităţile de tip combativ*, *personalităţile submisive* şi *personalităţile senzitive*.

K. Schneider, la rândul său, descrie următoarele tipuri, pe care le încadrează în tipologia generală a personalităţilor psihopatologice de tip fanatic :
- *polul stenic*, corespunzător *personalităţilor de tip combativ* ale lui E. Kretschmer ;
- *polul tern*, corespunzător, în clasificarea lui E. Kretschmer, *tipului submisiv* ;
- *personalitatea neliniştită*, în care sunt incluse tipurile de *personalitate senzitivă* şi *obsesională* descrise de E. Kretschmer.

Redăm în continuare aspectele psihopatologice particulare ale tipurilor de personalitate paranoică după E. Kretschmer.

1. *Personalitatea paranoică combativă* corespunde tipului de *personalitate cverulentă* descris anterior de E. Kraepelin şi personalităţii paranoice din psihiatria franceză. Din punct de vedere psihopatologic, acest tip este dominat de aspectul fanatic şi cverulent.
2. *Personalitatea paranoică submisivă* corespunde tipului de *personalitate fanatică ternă* descris de K. Schneider. Trăsăturile sale psihopatologice caracteristice sunt următoarele : originalitate, izolare, lupta pentru un ideal sau pentru o idee.
3. *Personalitatea senzitivă* diferă de precedentele. Personalităţile senzitive sau sensibile sunt „acele naturi care nu numai că sunt profund impresionabile de experienţele trăite, ci le elaborează îndelung şi în profunzime, fără a lăsa să se întrevadă ceva în afara lor" (E. Kretschmer).

4. *Personalităţile psihastenic-obsesionale sau compulsive*

În această categorie de personalităţi anormale sunt incluse următoarele aspecte psihopatologice :
- personalitatea psihastenică (P. Janet) ;
- personalitatea obsesională sau compulsivă ;
- personalitatea anancastă (K. Schneider) ;
- caracterul anal (S. Freud).

Vom prezenta în continuare aspectele caracteristice ale fiecărei forme de mai sus.

Personalitatea psihastenică se caracterizează prin tendinţa spre scrupule şi inhibiţie afectivă. Orice fel de decizie legată de realitate sau de concret, precum şi orice activitate privind perceperea realului reclamă un efort psihologic important, resimţit în mod penibil de către subiect. Cei cu o astfel de personalitate sunt scrupuloşi şi permanent

înclinaţi către introspecţie. Orice acţiune din partea lor cere un efort penibil. Sunt persoane meticuloase, lente, serioase, care se complac într-un moralism rigid şi într-o abstractizare riguroasă.

Personalitatea obsesională sau compulsivă. Aceşti indivizi au tendinţa de a verifica orice lucru, de a-şi ritualiza activităţile, se îndoiesc permanent şi-şi frământă mintea şi ideile într-o manieră obsesivă. Sunt persoane dominate de contrarietăţi în conduite şi acţiuni. Modul lor de gândire evocă un tip de funcţionare de natură „magică".

Caracterul anal, descris de S. Freud, este un tip patologic de caracter, care rezultă din formaţiile reacţionale orientate către pulsiunile anale. Din punct de vedere psihopatologic, acesta se caracterizează prin următoarele:

- economie sau parcimonie;
- ordine sau punctualitate;
- încăpăţânare sau automatism rigid.

Personalitatea anancastă, descrisă de K. Schneider, combină elementele personalităţii obsesionale cu cele ale caracterului anal. Anancaştii îmbină un caracter exagerat de atent, îngrijit, cu pedanteria, minuţiozitatea, corectitudinea, totul desfăşurându-se pe un fond de nelinişte interioară. La acestea se mai adaugă îndoiala, obsesiile, compulsiunile şi ritualurile.

5. *Personalităţile psihopatice*

În această categorie intră o constelaţie de anomalii de caracter şi de conduite cu tendinţe antisociale, impulsivitate şi instabilitate afectivă şi socioprofesională, dar care au o individualitate caracteristică, proprie din punct de vedere psihopatologic, neputând fi confundate nici cu structurile nevrotice, nici cu cele psihotice ale personalităţii.

Acest tip de personalitate a fost identificat pentru prima dată de A. Morel (1857), care descrie „grupa degeneraţilor". Teza degenerescenţei este ulterior preluată de V. Magnan, care descrie „grupa degeneraţilor dezechilibraţi", în care include următoarele tipuri psihopatologice:

- dezechilibraţii de inteligenţă;
- dezechilibraţii de sensibilitate, agresivi şi imorali;
- dezechilibraţii de voinţă, impulsivii.

E. Dupré reia problema, incluzând aceste tipuri de personalităţi anormale în grupa „dezechilibraţilor constituţionali", în care include următoarele forme clinice:

- dezechilibraţii constituţionali de motilitate;
- constituţia emotivă;
- constituţia paranoică;
- constituţia mitomaniacă;
- perversiunile instinctive (instabilitatea socioprofesională, tendinţa spre delincvenţă, propensiunea la bufeurile delirante).

Astăzi, în acest grup de tipuri de personalităţi anormale sunt incluse personalităţile psihopatice, sociopatice şi antisociale. Acestea au un caracter psihopatologic eterogen, marcat de natura lor dezechilibrată şi antisocială. Din punct de vedere psihopatologic, ele se caracterizează prin următoarele aspecte:

- impulsivitate;
- agresivitate;

- inafectivitate aparentă ;
- absenţa anxietăţii ;
- alte manifestări (trăsături de caracter de aparenţă isterică, tulburări de conduite sexuale, tulburări de dispoziţie afectivă, episoade disforice de scurtă durată).

Tot în cadrul acestui grup de personalităţi anormale trebuie menţionate şi *sociopatiile*. Acestea reunesc tulburările de personalitate la care predomină manifestările antisociale. Ele se definesc în felul următor : „Tulburarea de personalitate caracterizată prin neglijarea obligaţiilor sociale, independenţă faţă de ceilalţi, o violenţă impulsivă şi o insensibilitate rece". Aceşti indivizi manifestă o mare indiferenţă comportamentală faţă de normele sociale admise, iar sancţiunile care le sunt aplicate le modifică puţin sau deloc conduitele. Acţiunile lor sunt inafective şi ireflexive. Suportă greu situaţiile frustrante, proiectând asupra celorlalţi propriile situaţii conflictuale şi, prin aceasta, sunt permanent în conflict cu societatea.

6. *Personalităţile-limită* (borderline)

Acestea au fost identificate şi descrise de Hugues (1884) ca situându-se la „frontierele (*borderline*) nebuniei". Conceptul are trei surse :

- în orientarea psihiatrică, noţiunea de „stare-limită" corespunde grupării situate la frontiera dintre psihozele schizofrenice, starea de dezechilibru mintal şi nevroze ;
- în sens psihanalitic, diferitele stări de aparenţă nevrotică sau caracterială sunt susceptibile de a avea în cursul curei psihanalitice simptome întâlnite în cazul psihozelor ;
- din punct de vedere psihopatologic, se consideră că „stările-limită" formează o entitate clinică originală care nu aparţine nici nevrozelor şi nici psihozelor.

Din punct de vedere psihopatologic, „stările-limită" se caracterizează printr-un mare polimorfism, în care notăm prezenţa următoarelor aspecte clinice (Kernberg şi Marcelli) :

- angoasa ;
- simptome nevrotice ;
- sindromul depresiv ;
- instabilitatea şi impulsivitatea.

După D. Widlöcher, „stările-limită" se caracterizează prin următoarele aspecte psihopatologice :

- o activitate fantasmatică ;
- o angoasă de anihilare (distrugerea coerenţei Eului) ;
- o organizare haotică a dezvoltării libidinale ;
- tendinţe agresive particulare intense.

7. *Personalităţile deficitare şi imature*

Acestea reunesc modelele de personalităţi anormale caracterizate prin diferite grade sau niveluri de subdezvoltare psihică. Elementul caracteristic al acestui model este „starea de deficienţă" a personalităţii globale a acestor categorii de indivizi. Starea de deficienţă poate avea mai multe aspecte.

a) *Deficienţa intelectuală* afectează, în diverse grade ca intensitate sau profunzime, dezvoltarea intelectului (inteligenţă, gândire, memorie, limbaj etc.).

b) *Deficienţa afectivă* se referă la imaturizarea emoţional-afectivă a individului, la incapacitatea acestuia de a avea şi de a-şi controla relaţiile emoţionale, stăpânirea de sine, participarea emoţională sau indiferenţa afectivă, intensitatea şi durata reacţiilor emoţionale.

c) *Deficienţa de comunicare* priveşte capacitatea persoanei de a comunica, de a stabili relaţii interpersonale cu ceilalţi. Aceasta se referă, în primul rând, la „deschiderea către lume”, la nevoia de contacte interumane sau, dimpotrivă, la „închiderea patologică în sine”, refuzul de a comunica sau imposibilitatea de a realiza acest act. Acest tip de deficienţă poate avea trei dimensiuni:
- periferică, printr-o tulburare a analizatorilor (vizual sau auditiv);
- centrală, printr-o tulburare a funcţiilor instrumental-simbolice cerebrale (afazie, apraxie, agnozie);
- globală, printr-o tulburare a maturizării şi dinamicii sistemului personalităţii, cum este întâlnită, de exemplu, în autism.

d) *Deficienţa de adaptare-integrare socială* se referă la capacităţile persoanei de a se adapta la situaţiile vieţii sau de a se integra în realitate. Acest tip de deficienţă depinde de o stare de „imaturizare a Eului personal” din cauza unor carenţe de educaţie, a influenţelor exercitate de modelele negative (frustrări, stări complexuale ideo-afective, traumatisme emoţionale din perioada copilăriei etc.).

Factorii menţionaţi care concură la instalarea acestui tip de deficienţă sunt implicaţi direct în procesul formării sau al structurării Supraeului personal ca instanţă de „cenzură morală” a personalităţii. În sensul acesta, distingem următoarele tipuri de deficienţe de adaptare-integrare:
- starea de dependenţă familială sau socială, reprezentând o inadaptare pasivă a individului;
- starea de inadaptare activă, caracterizată prin conflicte, conduite de tip deviant, delincvenţă, sociopatie, acte antisociale.

8. *Personalităţile deteriorate*

Acest grup reuneşte modelele de personalităţi anormale caracterizate prin degradarea progresivă, cu caracter ireversibil, a sistemului personalităţii şi care survine ca urmare a evoluţiei clinico-psihiatrice a unor procese psihopatologice grave, la o personalitate complet structurată psihic.

Deteriorarea este caracteristică proceselor psihopatologice care apar în cursul demenţelor şi interesează următoarele niveluri structural-dinamice ale aparatului psihic şi ale conduitei individului:

a) *nivelul intelectual*: gândirea, memoria, procesele de expresie şi mecanismele instrumental-simbolice cerebrale;

b) *nivelul afectiv*, în special reacţiile emoţional-afective;

c) *nivelul instinctual*: regimul instinctelor, trebuinţe şi pulsiuni, motivaţie, orientarea vieţii instinctuale, reprimarea şi controlul acestor pulsiuni;

d) *nivelul comportamental*: orientarea temporal-spaţială şi autopsihică, motivaţia comportamentală, iniţiativa şi finalizarea conduitelor şi acţiunilor, reacţii de opoziţie, inactivitate, inerţie, dezorganizarea conduitelor;

e) *nivelul social*: dezorientarea temporal-spaţială, tendinţă la fugă şi vagabondaj, colecţionarism absurd, morbid, acte delictuale absurde, cleptomanie etc.

9. *Personalităţile defectuale*

În cadrul acestui grup sunt reunite modelele de personalităţi anormale caracterizate prin existenţa unor modificări structural-dinamice ale personalităţii consecutive evoluţiei îndelungate a unui proces psihopatologic de factură psihotică, care a operat o modificare profundă într-un anumit „sector" al aparatului psihic sau al sistemului personalităţii globale a individului.

De regulă, acest tip de modificări apar în urma evoluţiei psihozelor endogene (schizofrenie, PMD, psihoze schizoafective, deliruri cronice sistematizate, epilepsie cu tulburări psihice etc.).

Stările defectuale postprocesuale pot avea diferite aspecte psihopatologice, în funcţie de procesul psihotic care a acţionat asupra sistemului personalităţii : defecte postschizofrenice, defecte post-PMD, defecte postdelirante etc.

37. Modele psihobiografice în psihopatologie

Aspecte generale

Viaţa unei persoane nu are un caracter continuu şi liniar. Ea este o suită de etape bine delimitate unele în raport cu celelalte şi care se desfăşoară într-o succesiune cronologică precisă între momentul naşterii şi momentul morţii persoanei. Trecerea de la o etapă de viaţă la alta se face prin momentele de „criză psihobiologică". Acestea sunt: criza psihobiologică de evoluţie, din adolescenţă, şi criza psihobiologică de involuţie, care marchează trecerea de la vârsta adultă la bătrâneţe.

Ca *biografie*, viaţa este considerată din punct de vedere cronologic ca o succesiune de etape şi evenimente care sunt specifice persoanei respective. Dar aceste aspecte, predominant evenimenţiale, nu exprimă în totalitate caracteristicile individuale şi nici ceea ce este specific în viaţa unui individ, luând prea puţin în considerare aspectul psihologic al „vieţii trăite" de persoană.

Viaţa are, din punct de vedere obiectiv, un dublu aspect. Pe de o parte, aspectul său *formal-extern*, ceea ce este „vizibil" în exterior la un individ de către celelalte persoane din jurul său, iar pe de altă parte, aspectul *trăit-interior*, ceea ce nu se vede, dar este „resimţit" în interior de către persoana respectivă şi nu este accesibil celorlalte persoane şi nici inteligibil pentru acestea. Partea formal-externă a vieţii constituie biografia persoanei, pe când partea trăită interior constituie viaţa interioară a acesteia, ceea ce este pur sufletesc şi personal pentru individ, sau istoria interioară a omului.

Orice viaţă are şi un aspect subiectiv. Ea este „imaginea vieţii", aşa cum o percepe, o simte, şi-o doreşte individul, în conformitate cu aspiraţiile sale, cu statutul şi rolul social pe care-l deţine sau către care tinde. Orice persoană este tentată să „vadă" numai anumite aspecte ale vieţii personale; pe unele să le „uite", pe altele să le „scoată în evidenţă" şi, în plus, să mai „adauge" „elemente biografice" inexistente, imaginare, cu scop corectiv sau de compensare, supraevaluare etc. În felul acesta, se constituie, în paralel cu *biografia reală*, un *mit biografic* sau un *roman biografic individual*.

Filozofia existenţei şi a persoanei a adus importante contribuţii la analiza psihobiografică a persoanei umane, cu aplicaţii multiple în psihologie, psihanaliză şi psihopatologie (S. Freud, Ch. Buhler, O. Rank, L. Binswanger, R. Allendy, M. Robert, S. Bataglia, E. Minkowski, R. Le Senne, J. Starobinski).

Cunoaşterea dinamicii vieţii individuale, precum şi aspectele sale tipologice, normale şi patologice, constituie o viziune sintetică asupra persoanei umane, atât în sfera psihologiei, cât şi în cea a psihopatologiei. Studiile de psihopatologie au scos în evidenţă importanţa studiilor biografice ale cazurilor clinice, în special în înţelegerea dinamicii

psihologice normale sau patologice a acestor persoane (K. Jaspers, E. Minkowski, L. Binswanger, D. Cargnello).

Dincolo de aspectele generale, obiective sau subiective, ale vieţii individuale, o importanţă deosebită o au studiile diferenţiale, care stabilesc existenţa unor „tipologii" sau modele de viaţă, atât în condiţiile normalităţii, cât şi în condiţiile alteralităţii psihopatologice. Modelele de viaţă sau tipurile de existenţă au valoarea unor viziuni sintetice asupra vieţii individuale, o viziune globală care depăşeşte studiul de caz şi ne dă informaţii deosebit de preţioase referitoare la natura persoanei, a sensului vieţii acesteia, precum şi o explicare a destinului său. Acest aspect are o valoare esenţială în psihopatologie pentru înţelegerea semnificaţiei alteralităţii existenţei umane în condiţiile variate impuse de procesul morbid psihopatologic.

Vom analiza în continuare modelele psihobiografice normale şi modelele psihobiografice patologice sau patobiografiile.

Modelele psihobiografice normale

Nu există viaţă lipsită de semnificaţie, de importanţă şi de originalitate. Analiza oricărei vieţi omeneşti ne pune în faţă aspecte inedite, interesante, pasionale, din care se pot trage concluzii deosebit de importante teoretic şi practic pentru cunoaşterea fiinţei umane.

Sensul vieţii este dat de valorile interiorizate de individ prin educaţie, imitaţia modelelor etice, familiale, şcolare, cultural-spirituale, dar şi de temperamentul, caracterul şi dispoziţiile personale ale acestuia. Din aceste considerente, vom admite că viaţa unui individ este, pe de o parte, rezultatul dispoziţiilor sale sufleteşti, iar pe de altă parte, rezultatul valorilor morale, spirituale şi culturale interiorizate de acesta şi devenite pentru el, alături de *natura sa biologică primară*, o *a doua natură, sufletească şi spirituală*. Ambele contribuie la configurarea psihobiografiei unui individ.

1. *Modelele de existenţă psihologică*

În ceea ce priveşte modelele psihobiografice, există numeroase contribuţii în această problemă. Psihologia şi psihanaliza, iar ulterior psihologia diferenţială şi comparată au adus extrem de multe date şi au propus numeroase tipuri în ceea ce priveşte tema studiului nostru. Ne vom apleca în mod special asupra *modelelor de existenţă* oferite de antropologia fenomenologică a lui L. Binswanger. Preferăm această clasificare întrucât, aparţinând unui psihiatru şi psihopatolog de marcă, dublat de un filozof subtil, suntem introduşi în studiul modelelor de existenţă patobiografică ca obiect de studiu al psihopatologiei.

L. Binswanger distinge patru mari tipuri de existenţă umană, pe care le consideră „modele de viaţă". Ele se pot grupa în raport cu relaţia dintre persoane sau dintre o persoană şi lume în mai multe moduri.

Modul de a fi în iubire (*Mit-einander-sein-in-der-Liebe*) sau *modus amoris* este relaţia dualistă pozitivă dintre „Eu" şi „Tu", o relaţie de tipul „de la mine la tine" prin iubire (*Mit-einander-sein-von-mir-und-dir*).

Modul de a fi în prietenie, înrudit cu cel de a fi în iubire, este bazat pe dualitatea dintre un „Eu" şi un „Tu". Este *modus amicitiae*, un mod de comunicare marcat în primul rând de o coparticipare interpersonală directă şi sinceră.

Modul de a fi al agresivităţii este expresia unui tip de relaţie pluralistă, atât în ceea ce priveşte contactele cu mediul, cât şi cu lumea socială. În sensul acesta, pot fi diferenţiate două aspecte relaţionale ale agresivităţii ca mod de existenţă:

- *captarea mediului fizic*, ambiental, prin următoarele mijloace: apucarea fizică („prinderea cu mâna"), muşcarea („prinderea cu dinţii"), înţelegerea („cuprinderea cu intelectul"), denumirea (desemnarea lingvistică, limbajul);
- *captarea mediului social*, prin următoarele mijloace: impresionare, sugestibilitate, asumarea responsabilităţii.

Modul de a fi „în sine" şi „pentru sine" (*in-der-Welt-über-die-Welt-hinaus-sein*) exprimă modul de a fi al individualităţii, al singularităţii persoanei reduse la ea însăşi, care îşi este suficientă. Este modul de a fi singur, izolat, autist. Acest mod de a fi în viaţă al persoanei se poate manifesta astfel: a fi pentru sine însuşi, autonom şi autosuficient; singurătatea ca aspect particular de a se lua pe sine însuşi; modul de a fi singur, ca incapacitate de a se raporta la altul sau la alţii.

Afirmam că semnificaţia unei vieţi stă în valorile interiorizate de persoana respectivă, de modul de desfăşurare sau de preţuire şi utilizare a vieţii de către individ. Aceasta constituie dimensiunea morală a vieţii, care completează, în mod obligatoriu ca sens, aspectul psihologic al modelelor de viaţă.

2. *Modelele morale ale vieţii*

În ceea ce priveşte relaţia vieţii cu valorile morale, am arătat deja în ce constă aceasta. Valorile morale sunt cele care construiesc Supraeul persoanei, instanţă de cenzură a conduitelor şi acţiunilor acesteia, având drept criterii de referinţă valorile morale şi spirituale. Prezentăm, în continuare, câteva dintre ele (R. Le Senne).

Viaţa eşuată este viaţa omului dominat de boală şi nenorociri. Este viaţa dominată de disperare şi de privaţiuni, a lipsei de încredere în viitor. Ea este modelul unei vieţi lipsite de posibilităţi, în cursul căreia omul refuză să mai lupte.

Viaţa rătăcitoare, la întâmplare, este cea în care Eul personal se simte liber, dar de fapt nu are nici un scop, fiind nesigur de el şi de destinul său. Individul nu are aspiraţii, idealuri şi, din acest motiv, nu-şi poate configura nici un destin. Omul cedează uşor în faţa tentaţiilor şi a capriciilor, fiind o persoană labilă. Se manifestă o mare dorinţă de independenţă, dar ea nu este orientată către un scop precis. Omul, în aceste circumstanţe, este incapabil să realizeze ceva util. În cazul acesta, căutarea fericirii eşuează în vagabondaj.

Viaţa medie este modelul de viaţă considerat reuşit. Ea constă într-o administrare corectă, echilibrată a propriei vieţi, prin cultivarea valorilor pozitive, în mod selectiv, şi prin apărarea lor. Este tipul de viaţă echilibrată, egală, morală.

Viaţa devotată sau de devoţiune are în plus faţă de viaţa medie dăruirea de sine, spiritul de sacrificiu pentru un ideal care depăşeşte persoana. Se remarcă o proiecţie dominantă în domeniul unor idealuri superioare de viaţă morală, care depăşesc persoana. Acestea sunt, în primul rând, credinţa şi devoţiunea.

Viaţa creatoare este corelată vieţii de devoţiune. Ea se caracterizează prin actele de creaţie, fapt care presupune „producerea de valori". Destinul creatorului este de a depăşi realitatea, de a o schimba în sensul adevărului, binelui şi frumosului. Creatorul este cel care dăruieşte umanităţii valori spirituale, culturale, morale sau de civilizaţie materială. El contribuie la progresul vieţii, al oamenilor, al societăţii.

Analiza acestor modele psihobiografice normale ne va ajuta să înţelegem modelele patobiografice specifice bolnavilor psihic. Le vom analiza în continuare.

Modelele patobiografice

Modelele patobiografice sunt sinteza psihopatologică a observării dinamicii fenomenelor psihice morbide. Orice persoană are o existenţă proprie, aşa cum am arătat mai sus. Această existenţă se încadrează într-un anumit tip sau „model de viaţă".

Viaţa trebuie considerată ca o desfăşurare a persoanei umane în timp, ca modul de existenţă al acesteia. În decursul vieţii unui individ pot interveni „evenimente" sau „situaţii" neprevăzute, întâlnirea persoanei cu acestea având consecinţe dintre cele mai diferite. În cazul întâlnirii cu evenimente sau situaţii pozitive, cu rol stimulant, asistăm la o schimbare în bine, la progresul şi dezvoltarea individului. În cazul intervenţiei în decursul vieţii individului a unor evenimente sau situaţii negative, nocive, psihotraumatizante, eşecuri, crize morale sau sufleteşti etc., cursul firesc al vieţii acestuia se schimbă. Această schimbare poate fi imediată sau poate apărea în timp. Poate fi de scurtă sau de lungă durată, poate fi reparată şi uitată sau poate produce efecte grave, ireparabile, care vor duce la schimbări profunde ale sensului şi desfăşurării vieţii. Asemenea situaţii sunt reprezentate de boala psihică.

Boala psihică trebuie considerată, în sensul psihopatologiei antropologice, un accident ontologic. Ea va schimba cursul vieţii individului, întrucât operează modificări în structura psihică a personalităţii acestuia. Dincolo de modalitatea de a vedea clinico-medical bolnavul psihic, acesta trebuie înţeles ca persoană umană, iar boala mintală ca un accident ontologic, din care suferinţa clinică nu este decât o parte, şi anume latura medicală a acesteia.

Viziunea antropologică în psihopatologie deschide perspectiva unei înţelegeri sintetice, globale, dar şi aprofundate a bolii psihice. Ea este considerată manifestarea exterioară a fenomenelor psihice morbide care îşi au sediul în interiorul fiinţei umane. Transformarea personalităţii ca urmare a factorilor morbigenetici va avea drept consecinţă o modificare a cursului vieţii individului respectiv, a bolnavului psihic. Fenomenele psihopatologice sunt primare, pe când modul de a fi în lume al bolnavului, manifestările comportamentale şi acţiunile acestuia, modul de a gândi şi de a simţi, de a comunica etc. sunt secundare acestora şi vor marca profund, în diferite forme, viaţa individului respectiv.

Dacă psihiatria, ca specialitate medicală, are ca obiect persoana bolnavului psihic, interesul psihopatologiei se extinde dincolo de alteralitatea, de transformarea patologică a personalităţii, asupra modului de viaţă al acesteia, căutând să înţeleagă semnificaţia noii existenţe alienate a bolnavului psihic. Vom încerca, în continuare, să facem o analiză

sintetică a modelelor de existenţă în psihopatologie, luând ca referinţă formele principale ale tulburărilor psihice.

Fireşte că interpretarea şi clasificarea modelelor de existenţă psihopatologică trebuie să plece de la criteriile de alteralitate oferite de manifestările psihiatrice. Fiecărei boli psihice îi este caracteristică o anumită modalitate de existenţă. Fiecare bolnav trăieşte şi se comportă într-un mod diferit de persoanele normale, dar şi faţă de alte categorii de bolnavi psihic. Boala, suferinţa sau alteralitatea psihică vor marca profund existenţa fiecărei persoane bolnave.

Modelele de exigenţă patografică redau într-o manieră lărgită „formele clinice” ale bolilor psihice, ca „mod de a fi” al bolnavului. Prin aceasta, ele ne oferă un cadru lărgit de înţelegere a bolii psihice în conexiune cu exigenţa bolnavului. Pentru a avea o continuitate între clasificarea nosologică şi modelele de viaţă ale bolnavilor psihic, am luat drept cadru de referinţă principalele grupe nosologice, încercând să facem o transpunere a acestora din sfera clinicii psihiatrice în cea a antropologiei psihopatologice. În sensul acesta, am izolat următoarele modele de existenţă patobiografice care acoperă cadrul nosologiei bolilor psihice: *existenţa nevrotică*, *existenţa narcisică*, *angoasa şi disperarea*, *existenţa pasională*, *extazul şi iluminarea*, *existenţa dependentă şi de refugiu*, *experienţa violenţei*, *identitatea şi destinul*, *existenţa tragică*. Vom prezenta în continuare caracteristicile fiecăruia dintre aceste modele patobiografice.

1. *Existenţa nevrotică*

Acest model de existenţă corespunde bolnavilor nevrotici. El este dominat de situaţiile psihotraumatizante care au dus la un conflict între persoane sau între persoana bolnavului şi lume.

Modul de existenţă nevrotică se caracterizează prin dificultăţi de adaptare-integrare a persoanei. Aceste dificultăţi de adaptare sunt cauzate de eşecul consecutiv unor conflicte. Viaţa şi personalitatea acestor indivizi sunt dominate de sentimente de frustrare, de nerealizare, de complexele de castrare şi de inferioritate. Bolnavii se simt nedreptăţiţi şi suferă, fiind conştienţi de limitele lor. Viaţa este percepută ca o limitare a libertăţii, ca ceva care le-a fost răpit.

2. *Existenţa narcisică*

Modelul de existenţă narcisică este modelul de viaţă închisă, ruptă de lume şi de realitatea acesteia. Un model de viaţă izolată, întoarsă către sine. Acest model de viaţă patologică este specific schizofreniei.

Modelul psihobiografic narcisic al schizofrenicului se caracterizează prin următoarele aspecte: închidere în sine autistă, cu refuzul comunicării, inafectivitate, discordanţă şi bizarerii, alterarea imaginii de sine cu alienarea personalităţii, trăire delirant-halucinatorie. Existenţa acestor bolnavi este izolată, strict circumscrisă la propria persoană. Accesul la interioritatea lor este practic imposibil; izolaţi şi bizari, ei sunt discordanţi în raport cu realitatea logică.

3. *Angoasă şi disperare*

Modelul de existenţă patobiografică dominat de angoasă şi disperare este caracteristic bolnavilor depresivi. Fiind dominaţi de o dispoziţie tristă, pesimismul lor le închide orizontul vieţii. Sentimentul şi dorinţa de a trăi se schimbă, se diminuează mult sau sunt complet pierdute.

Aceste persoane sunt dominate de angoasă, pe care o trăiesc ca pe o stare de tensiune interioară de care nu se pot elibera. Ideile sunt sărace. Nu văd nici un fel de sens al vieţii şi nici pentru propria persoană. Pesimismul lor se transformă în disperare. Au sentimentul imobilismului, al pierderii totale a libertăţii, atât interioare, din cauza angoasei, cât şi exterioare, din cauza disperării şi inactivităţii.

Nota dominantă a acestui model de existenţă patologică este pierderea sensului vieţii. Aceasta va genera idei de suicid, întrucât se corelează cu inutilitatea propriei persoane. Viaţa acestor bolnavi este percepută de ei ca un chin permanent din care nu mai pot ieşi. În acest caz, sinuciderea capătă semnificaţia unei acţiuni salvatoare, de eliberare.

4. *Existenţa pasională*

Acest model de existenţă patologică este caracteristic persoanelor cu tulburări delirante sau delirant-halucinatorii. Existenţa lor se derulează diferit de cea reală. Ei trăiesc într-un univers imaginar, universul ideilor delirante şi al experienţei halucinatorii. Acţiunile şi conduitele acestora se ordonează în conformitate cu experienţa delirantă. Pasionalismul pentru ideile lor, dorinţa de a le transpune în practică, de a le substitui realităţii fac ca viaţa acestora să aibă un caracter deosebit de tensionat ; întreaga lor existenţă este efortul de a substitui realităţii date realitatea lor delirantă. Din aceste motive, această categorie de persoane intră în conflict cu lumea, cu autorităţile. Se consideră neînţeleşi, nedreptăţiţi, persecutaţi, deşi simt că au „misiuni importante” de îndeplinit. Se simt învestiţi cu virtuţi salvatoare, mesianice. Propun soluţii utopice, reformatoare.

Viaţa lor se desfăşoară într-o continuă agitaţie tensională. Sunt expansivi până la agresivitate deschisă. Pot să se manifeste ca reformatori sociali, politici, religioşi, ca inventatori, erotomani etc.

Deşi trăiesc cu o mare intensitate aceste „idei”, viaţa lor este de fapt strict limitată la acestea ; întreaga lor existenţă este circumscrisă în jurul ideilor delirante pe care urmăresc cu obstinaţie să le pună în practică.

5. *Extaz şi iluminare*

Aceste experienţe sufleteşti contribuie la configurarea unui model de existenţă patobiografică cu aspect particular. El este specific bolnavilor epileptici sau celor cu o structură mintală de tip isteric.

Experienţa acestor bolnavi este dominată de stările paroxistice de derealizare, pe care le trăiesc ca pe nişte experienţe extatice de iluminare. Interpretarea lor, cu un puternic impact emoţional-afectiv asupra bolnavilor, le construieşte convingerea că acestea sunt nişte „semne divine”. Mulţi dintre ei vor dezvolta atitudini, conduite şi convingeri

mistice, care se pot organiza în final într-o structură delirantă mistică. Crizele paroxistice de derealizare sunt interpretate ca momente în care sunt „transportaţi într-o altă realitate". Ei sunt vizionari sau persoane alese pentru misiuni salvatoare.

Epilepsia şi stările secunde isterice pot schimba complet modul de existenţă al unei persoane. Ei vor trăi şi exprima imaginea beatitudinii dată de aceste experienţe extatice. Prin aceasta, ei pot crea adepţi dintre persoanele sugestibile şi cu o constituţie emoţională impresionabilă. Aceşti indivizi adoptă atitudini, vestimentaţie şi un limbaj în conformitate cu experienţa lor mistică, identificându-se cu aceasta.

6. *Existenţa dubitativă*

Acest mod de viaţă este caracteristic persoanelor hiperexacte, care sunt frământate şi dominate de îndoială, de frica de a nu greşi, de a nu strica, de a nu rata, de a nu deranja. Este modelul patobiografic specific bolnavilor psihastenici.

Elementele psihopatologice centrale care schimbă persoana şi viaţa acesteia sunt fobiile şi stările obsesive. Preocupaţi de a nu greşi, aceşti indivizi se „încarcă" emoţional şi ideativ cu elemente parazitare. Controlează, revin asupra faptelor, se gândesc în permanenţă la acestea. Această preocupare obsedantă îi oboseşte, dar nu se pot desprinde de ea.

Viaţa începe să capete un aspect de „ordine ritualizată". Bolnavii se comportă, gândesc, acţionează în aşa fel încât să fie permanent în siguranţă. Orice abatere de la această „ordine" îi tulbură profund în interiorul lor. Departe de a fi nişte persoane ordonate şi riguroase, ei sunt sclavii ordinii şi rigorilor sterile pe care şi le impun, deşi adesea le recunosc absurditatea şi caracterul constrictiv. Totul este ca o situaţie închisă din care nu mai pot ieşi. Aceste persoane au sentimentul unei constrângeri interioare de care doresc să se elibereze, fără să poată reuşi.

7. *Existenţa dependentă şi de refugiu*

Este caracteristică persoanelor care au suferit eşecuri grave, celor care prezintă un anumit grad de imaturitate intelectuală sau afectivă, personalităţilor frustrate, cu o situaţie oedipiană nerezolvată, lipsite de modele parentale sau cu carenţe afective şi educaţionale. Incapabile de a se conduce singure, de a lua o decizie, de a se putea fixa şi adapta într-un loc, aceste persoane au un stil de viaţă nesigur, neliniştit, la voia întâmplării, de factură defetistă, căutând în permanenţă un refugiu sau o persoană de care să se ataşeze.

Tipurile de indivizi care intră în această categorie sunt următoarele: persoane imature intelectual, de regulă cu intelectul la limită, sau imature afectiv, lipsite de educaţie, prostituate, cerşetori, vagabonzi etc. Manifestările lor comportamentale şi acţiunile pe care le întreprind sunt forme compensatorii care anulează sentimentul izolării şi al imobilismului existenţei acestora. Formele de compensare au caracterul unor conduite de refugiu: cerşitul, prostituţia, vagabondajul, fugile, migraţiile, alcoolul sau drogurile.

8. *Experienţa violenţei*

Acest model psihobiografic patologic este opus celui de mai sus. Persoanele dependente inspiră milă din partea societăţii, pe când persoanele violente inspiră teamă, teroare şi ură.

Modul de viaţă dominat de violenţă este specific personalităţilor agresive, delincvenţilor, criminalilor, persoanelor sociopate cu conduite antisociale. Spre deosebire de persoanele dependente care se simt frustrate şi cer „compensaţii" societăţii sau celorlalte persoane, persoanele violente sunt cele care frustrează societatea şi pe ceilalţi, motiv pentru care societatea instituie măsuri de autoprotecţie împotriva acestora.

Existenţa de tip deviant este un model de viaţă în contradicţie cu ordinea morală şi cu legile social-juridice care normează viaţa în societate. Personalităţile violente sunt indivizi impulsivi, lipsiţi de autocontrol şi de critica responsabilităţii morale şi sociale faţă de actele şi conduitele lor. Având un mare potenţial agresiv, ei îl descarcă sub forma conduitelor de violenţă: criminalitate, furt, tâlhărie, viol etc.

9. *Identitate şi destin*

Există o corelaţie directă între identitatea individului şi destinul acestuia. Orice destin este înscris în natura personalităţii individului. El nu are un caracter ocult, supus hazardului, ci este rezultatul naturii sale, al dispoziţiilor sale sufleteşti şi morale, al valorilor interiorizate de acesta prin imitaţia unor modele pozitive şi prin educaţie şi cultură.

Modelul psihobiografic caracterizat prin eşecul destinului trebuie înţeles ca fiind în corelaţie cu un anumit defect structural al personalităţii, de regulă de factură caracterială, aşa cum este el întâlnit la personalităţile psihopatice. Aceşti indivizi, de o mare varietate caracteriopatică (impulsivi, instabili, reci, paranoici, expansivi sau reţinuţi, cruzi, inafectivi, mitomani, sociopaţi etc.), sunt persoane incapabile de a simţi, de a fi şi de a se comporta precum ceilalţi. Nu trebuie consideraţi bolnavi psihic, ci „personalităţi structurate dizarmonic", cu implicaţii asupra modului de viaţă.

Psihobiografia personalităţilor psihopatice este încărcată de conflicte, eşecuri, dificultăţi de adaptare, schimbări frecvente de domiciliu, loc de muncă, partener de cuplu, profesiuni etc. Permanent nemulţumite de propria persoană, dar şi de lume, de ceilalţi, personalităţile psihopatice suferă şi îi fac să sufere şi pe cei din anturajul lor.

Identitatea acestor persoane este la fel de incertă ca şi stilul lor de viaţă; oscilanţi, imprevizibili, se ataşează cu uşurinţă de un obiect sau de o persoană pentru ca la fel de uşor să se desprindă de ele. Inconstanţa este trăsătura lor dominantă. Aşa se explică şi imprevizibilul destinului acestora, demonstrând că între incertitudinea identităţii şi cea a destinului acestor persoane există o corespondenţă.

10. *Existenţa tragică*

Este o modalitate de viaţă specifică ce trebuie însă delimitată, în cadrul psihopatologiei, de semnificaţia pe care o are în sfera filozofiei, a moralei şi a culturii. Diferenţa dintre a vedea „tragicul" în aceste domenii are numai o semnificaţie metodică, de atitudine şi

de înţelegere a semnificaţiei sale. Factorii care determină acest model psihobiografic sunt însă aceiaşi. Ne vom ocupa în continuare de semnificaţia existenţei tragice în psihopatologie.

S-a vorbit înainte de „drama nebuniei", de „condiţia tragică a bolnavului psihic", de „aspectele patice ale vieţii", toate convergând către alterarea stării de normalitate psihică. Din punctul de vedere al acestei stări, trebuie să precizăm faptul că *situaţia tragică a vieţii* exprimă mai mult o atitudine a persoanei faţă de propria stare sufletească şi morală şi, în egală măsură, o atitudine de compasiune şi sfâşiere a celor care asistă la aceasta. Ea este o situaţie-limită care închide individul, răpindu-i libertatea şi anulându-i capacitatea de a acţiona voluntar. Destinul se închide.

Două elemente intră în discuţie referitor la existenţa tragică : pe de o parte, persoana nefericită, iar pe de altă parte, viaţa ca destin nefericit. Ambele aspecte se întâlnesc în „vinovăţia tragică", ce combină culpabilitatea psihologică a persoanei cu vinovăţia morală a acesteia. Vinovatul va trebui să pătimească, să sufere, întrucât prin suferinţă se va putea „spăla" (acţiune cathartică) de vinovăţie.

Existenţa tragică este un model de psihobiografie absurdă care nu poate fi ocolită. Persoana tragică este un damnat al soartei. Ea trebuie să pătimească, să accepte suferinţa ca pe o împăcare cu soarta. Aceasta este singura, unica speranţă a celor care nu mai au ce spera. Acceptarea nenorocirii este primul pas către învingerea acesteia. Prin acceptarea suferinţei şi a nenorocirii proprii, te ridici deasupra ei şi poţi rezista până la capăt. Considerată în felul acesta, existenţa tragică îmbină patologicul cu morala, într-o experienţă de viaţă complexă.

Semnificaţia modelelor psihobiografice

Datele prezentate mai sus ne obligă la o reflecţie asupra dimensiunii ontologice a *suferinţei psihice*. Boala psihică nu este numai *suferinţă clinică*, ci şi *suferinţă trăită*. Trăirea propriei suferinţe este un act de conştiinţă specific persoanei umane. Orice schimbare survenită în raport cu propria persoană eu o reflect în câmpul conştiinţei mele ca pe ceva nou, neobişnuit. În raport cu tonalitatea sau conţinutul ei moral, o resimt ca *stare de bine* sau ca *stare de rău*. Prima stare o percep ca sănătate, cea de-a doua, ca boală. De boală este legat pericolul şi acesta va genera din partea mea întrebări, o stare de nelinişte şi, în final, o tensiune anxioasă care poate deveni permanentă. Angoasa este teama de pericol. Este tensiunea aşteptării sfârşitului.

Existenţa, viaţa normală este o viaţă liberă, întrucât nu este ameninţată de pericole. Dimpotrivă, viaţa bolnavului este o viaţă închisă, limitată prin prezenţa pericolului. Aceasta este diferenţa dintre *psihobiografie* şi *patobiografie* : absenţa pericolului, în primul caz, şi prezenţa acestuia, în cel de-al doilea caz.

Viaţa normală este un model de existenţă care curge firesc. Viaţa bolnavului este o existenţă ruptă, întreruptă, ameninţată, al cărei curs firesc este schimbat. Poate că din acest motiv patobiografiile sunt atât de tensionate, de încărcate de dramatism şi au un destin tragic.

În cazul modelelor patobiografice, bolnavul devine un om problematic pentru el însuşi, dar, în egală măsură, este şi un caz-problemă pentru medic sau pentru psiholog.

Problema bolnavului este de a înţelege sensul suferinţei, iar pentru medic de a cunoaşte şi descoperi boala. Aparent, sunt două atitudini firesc divergente, care converg în acelaşi punct: nevoia de salvare, de reparaţie, de învingere a „răului" şi de restabilire a stării de „bine" drept condiţie a echilibrului.

Orice biografie a bolnavilor este o „istorie a bolii", dar, concomitent, şi o atitudine subiectivă, trăită în planul conştiinţei morale, faţă de boala respectivă. Pentru medic apare, în egală măsură, o dublă problemă: de a recunoaşte exact natura bolii, cauzele acesteia şi de a institui tratamentul cel mai corect, iar în al doilea rând, de a înţelege sensul suferinţei bolnavului, starea sa emoţional-afectivă şi morală în condiţiile create de boală.

Din aceste considerente, apare ca absolut necesar să se conjuge efortul medicului cu cel al psihologului, în acţiunea de susţinere morală a bolnavului, în actul de restaurare terapeutică. Or, acest dublu aspect nu poate fi realizat decât dacă se cunosc boala şi personalitatea bolnavului. Aceste două aspecte nu pot fi separate. Datele expuse mai sus, privind „modelele patobiografice" în psihopatologie, dovedesc importanţa cunoaşterii, dincolo de aspectul clinico-medical al bolii, dimensiunea ontologică a acesteia, respectiv patobiografică a bolnavului.

Acest punct de vedere actualizează atitudinea clasică a medicului care este îndemnat să vadă bolnavii, nu bolile. Fiecare bolnav „face boala" în felul său propriu, raportat la natura personalităţii sale, la structura sa morală, intelectuală şi culturală. Nu putem include absolut toţi bolnavii cu aceeaşi suferinţă într-o categorie clinică unică. Chiar dacă este vorba despre aceeaşi boală, ea este trăită în mod diferit de fiecare bolnav în parte. Din aceste motive, este absolut necesar să se aibă în vedere „trecutul" bolnavilor, iar boala ca „stare actuală" să fie corelată cu acesta. Dincolo de „examenul clinic", trebuie văzută influenţa bolii asupra desfăşurării vieţii bolnavului, respectiv trebuie configurată şi înţeleasă suferinţa ca accident ontologic.

Ce sunt în final „modelele patobiografice"? Ele trebuie considerate şi înţelese ca „imagini ontologice" sau ca „imagini biografice" ale bolii. Acestea creează un cadru mult mai larg şi mai nuanţat decât cel oferit de „tablourile clinice" ale bolilor. Tabloul sau forma clinică are un caracter structural, descriptiv-constatativ, pe când imaginea biografică a bolii ne oferă dimensiunea dinamică a acesteia. În sensul acesta cred că trebuie înţeleasă valoarea cunoaşterii modelelor psihobiografice în psihopatologie.

38. Modalităţile de organizare a proceselor psihopatologice

Cadrul general al problemei

Prin natura lor, tulburările psihice au modalităţi particulare de a se prezenta, atât în ceea ce priveşte *organizarea* procesului psihopatologic, cât şi în ceea ce priveşte *dinamica* clinico-psihiatrică a acestora. Prin *organizare* înţelegem modalitatea de dispunere sau de *aranjare* a *proceselor psihice morbide* în cadrul sistemului personalităţii. Această modalitate de organizare are un caracter patostructural morbid specific şi el reprezintă, din punctul de vedere al clinicii psihiatrice, tabloul clinic morbid sau imaginea clinică a bolii respective. Prin *dinamică* înţelegem, pe de o parte, consecinţele proceselor psihice morbide asupra aparatului psihic sau a sistemului personalităţii şi de care depinde, pe de altă parte, schimbarea comportamentală, calitativ specifică, a bolnavului psihic respectiv.

Modalităţile de organizare şi dinamică psihopatologică, ca o consecinţă a factorilor morbigenetici, fie de ordin exogen, fie de ordin endogen, trebuie corelate, pe de o parte, cu *terenul* sau cu *tipul constituţional somatopsihic* al bolnavului respectiv, iar pe de altă parte, cu modalitatea de prelucrare patoplastică a factorilor patogenetici de către tipul de personalitate a bolnavului.

Dincolo însă de aceste aspecte care sunt circumscrise persoanei bolnavului, trebuie avut în vedere şi faptul că bolnavul psihic, ca individ social, rămâne o prezenţă în interiorul comunităţii socioumane. Prezenţa bolnavului psihic în societate va influenţa comunitatea, după cum, în egală măsură, şi comunitatea socială va exercita o influenţă asupra acestuia.

Inadaptarea socială a bolnavului psihic este cauzată, pe de o parte, de schimbarea naturii sale cu efecte negative directe, imediate şi variate în comportament, gândire, activitate, iar pe de altă parte, de schimbarea modului de comunicare interpersonală. Deşi boala psihică „izolează” bolnavul de restul comunităţii, până la completa lui excludere se produce totuşi o schimbare specifică a raporturilor dintre persoana bolnavului psihic şi comunitatea socioumană.

Aceasta este determinată de faptul că, în orice situaţie, prezenţa unui bolnav psihic produce o impresie particulară sau chiar, în unele cazuri, şochează grupul şociouman căruia acesta îi aparţine.

Impresia produsă de prezenţa bolnavului psihic în comunitatea umană este în primul rând emoţional-afectivă. Orice întâlnire cu un bolnav psihic reprezintă o surpriză care va

genera pe moment o anumită reacţie şi, în timp, va dezvolta o anumită atitudine faţă de boala psihică în general şi, în particular, faţă de bolnavul psihic.

Deoarece impresia pe care o produce prezenţa bolnavului psihic în societate are caracter emoţional, ea este imediat interiorizată, iar această interiorizare emoţională este cauzată de „propagarea directă a simptomelor mintale patologice ale unui individ la unul sau mai mulţi indivizi" (A. Porot). Ne găsim în faţa procesului de *contagiune psihică*.

Contagiunea psihică, ce decurge din impresia produsă de prezenţa bolnavului psihic în societate, are la bază, ca mecanisme psihopatogenetice sau, mai exact, *patoplastice*, sugestibilitatea şi imitaţia (A. Porot). Ea constă într-un proces de prelucrare necritică a simptomelor psihiatrice ale bolnavilor psihic, reprezentate prin convingeri, atitudini, conduite, acţiuni, modele de gândire etc.

Procesul de contagiune psihică nu este însă legat în mod exclusiv de un act de imitaţie în raport cu prezenţa unui bolnav psihic. Contagiunea psihică, deşi este un termen rezervat preluării prin imitaţie de către persoanele normale sau considerate ca fiind normale a simptomatologiei unui bolnav psihic, se poate manifesta şi ca un proces de inducţie sugestivă colectivă, în cazul persuasiunii (reclame, discursuri politice, sloganuri, informaţii mass-media etc.).

Trebuie menţionat faptul că procesul de contagiune psihică se dezvoltă cu predilecţie pe un teren fragil sau favorizant, care este de regulă reprezentat prin indivizi cu o personalitate fragilă, imaturi emoţional-afectiv, impresionabili, exaltaţi, instabili, cu carenţe emoţionale şi educaţionale ; de asemenea, se manifestă la persoanele care se află în contact permanent, de lungă durată, cu bolnavi psihic, în special cu bolnavi cronic, la indivizii frustraţi sociocultural sau politic, la grupurile socioumane în perioade de criză socială cu pierderea sistemului de valori normative etc.

Modelele psihopatologice : individuale şi de grup

Psihologia şi psihiatria descriu două mari forme de manifestări sufleteşti : individuale şi colective. Primele se referă la persoana umană luată ca individ, cele sufleteşti se referă la comunităţile socioumane, la grupurile de indivizi. Aceste manifestări psihologice pot fi normale sau patologice. Întrucât analiza noastră se referă în primul rând la *fenomenele psihice morbide*, ne vom concentra atenţia asupra lor.

Despre stările de normalitate şi anormalitate în viaţa psihică am vorbit deja şi nu vom mai reveni. Vom căuta să precizăm în continuare de ce facem această împărţire a faptelor psihopatologice în individuale şi colective şi mai ales ce înţelegem prin fiecare dintre acestea. Le vom analiza în continuare.

1. *Tulburarea psihică individuală*

Tulburarea psihică individuală este reprezentată prin ceea ce clinica psihiatrică a delimitat, definit şi descris ca fiind *boala psihică*. Ea afectează personalitatea individului şi se manifestă ca o stare de anormalitate a organizării şi dinamicii personalităţii acestuia.

Boala psihică, văzută ca tulburare individuală a vieţii sufleteşti, este rezultatul modelului de gândire clinico-medicală. Ea este considerată o tulburare *organică şi funcţională* sau numai *funcţională* a proceselor psihice, cu o anumită configuraţie sau

formă clinică precisă, cu o evoluţie tipică sau, în unele cazuri, atipică, fapt care permite să i se atribuie o anumită identitate specifică prin intermediul diagnosticului clinic. În plus, boala psihică beneficiază şi de un tratament specific şi poate fi supravegheată prin observaţia clinică în condiţii de spitalizare.

2. *Tulburarea psihică colectivă*

Deşi cunoscute şi descrise din cele mai vechi perioade istorice, tulburările psihice colective au intrat foarte târziu în sfera preocupărilor medicale, ale ştiinţei medicale propriu-zise. Considerarea acestui important grup de tulburări ca având o semnificaţie patologică a fost posibilă odată cu constituirea şi dezvoltarea studiilor de sociologie, psihologie socială, medicină socială, igienă mintală, psihiatrie socială şi etnopsihiatrie sau psihiatrie transculturală.

Fixarea atenţiei asupra fenomenelor psihosociale ale actelor şi conduitelor colective a condus în mod firesc la delimitarea grupului de tulburări psihice colective, a psihozelor colective, şi, în final, la constituirea, aşa cum spuneam mai sus, a psihiatriei sociale şi a igienei mintale.

Tulburările psihice colective intrate în psihopatologie şi psihiatrie prin intermediul modelului de gândire psihosocială sunt diferit înţelese şi tratate în raport cu boala psihică individuală.

Prin tulburări psihice colective înţelegem acele manifestări anormale care apar în situaţii de criză socială, stări anomice, de pierdere a reperelor valorice şi a formelor de control şi protecţie socială. Ele se produc ca manifestări generale în cadrul unui grup comunitar uman şi sunt expresia şi consecinţa acestor stări de criză socială. Ca modalitate de manifestare, ele se caracterizează prin panică, conduite deviante antisociale, conduite de refugiu (alcoolism, toxicomanii), criminalitate, suicid, conduite de dependenţă (prostituţie) etc.

Având cauze sociale şi fiind, cum spuneam, consecinţa unor evenimente sociale psihotraumatizante colective care le explică apariţia, formele de manifestare şi dinamica psihosocială, ele vor avea soluţii de ordin social (cultural, moral-religios, politic şi economic), dar şi de ordinul igienei mintale (medico-social, medico-psihiatric, medico-pedagogic etc.).

Cele prezentate mai sus scot în evidenţă în mod convingător faptul că modelele patologice în psihopatologie, precum şi în psihiatrie au o largă paletă de reprezentări, motiv care ne obligă în plus să privim şi să înţelegem într-o manieră mult mai largă ca deschidere tulburarea psihică, dincolo de modelul de gândire exclusiv medico-psihiatric. Nu vrem însă prin aceasta să negăm rolul esenţial al gândirii clinico-psihiatrice. Ea reprezintă fundamentul înţelegerii stării de anormalitate psihică ca boală. Dar acest punct de vedere nu este nici unic şi nici suficient. Înţelesul clinico-medical al anormalităţii psihice trebuie extins şi completat cu punctul de vedere sociocultural, moral-religios şi politic, toate orientate într-o perspectivă de largă înţelegere antropologică. În acest spirit, vom analiza în continuare principalele modele de organizare a proceselor psihopatologice.

Modelele tulburărilor psihopatologice

În cadrul modelelor de organizare a tulburărilor psihopatologice, distingem următoarele forme :

a) tulburarea psihică individuală sau *boala psihică* ;

b) patologia psihică *în doi* sau *de cuplu*, produsă printr-un mecanism de inducţie sugestivă;
c) patologia grupului familial prin transferul proiectiv al situaţiilor conflictual-traumatizante asupra unui *membru victimizat* al familiei;
d) patologia de grup comunitar închis, de tipul *grupuriior vulnerabile*, marginalizate de societate sau autosegregate din considerente socio-moral-religioase etc.;
e) psihozele colective cauzate de stări de criză socială, politică, economică, moral-religioasă, situaţii catastrofice naturale etc.;
f) psihoze colective de tip protestatar-revendicativ legate de frustrarea unor drepturi sociopolitice sau cultural-religioase etc.;
g) psihoze colective cauzate de situaţii sociale închise, de tipul „situaţiilor-limită" legate de privarea libertăţii etc.

Aceste forme de manifestare colectivă a proceselor psihopatologice enumerate mai sus vor fi descrise pe larg în capitolele următoare. Notăm deocamdată faptul că trebuie făcută diferenţa netă *între patologia psihică individuală* şi *patologia psihosocială comunitar-umană*. Diferenţele specifice dintre acestea au fost discutate mai sus. Primele privesc organizarea şi dinamica sistemului personalităţii, fiind prin aceasta interioare subiectului şi strict personale.

Celelalte interesează întreaga comunitate socioumană de indivizi, fiind, prin aceasta, desemnate cu un termen comun – *psihoze colective*. Ele vizează comunicarea interpersonală, comportamentul şi adaptarea socială sau familială; sunt conflictual-agresive (conduite violente de tipul criminalităţii sau al suicidului), conduite de refugiu (alcoolism, toxicomanii etc.) etc. Psihozele colective recunosc drept cauze frustrări colective, presiuni sociale asupra maselor, influenţa unor modele sociale negative etc. Din acest motiv, ele sunt de regulă manifestări exterioare, de factură comportamentală revendicativă, sau vindicative, legate din punct de vedere formal de frustrarea unor drepturi sociale, politice, economice, moral-religioase, etnice etc.

Un rol esenţial în geneza psihozelor colective revine tehnicilor de manipulare prin discursul public şi prin mass-media (presă, radio, TV etc.). Rolul acestora în situaţiile de criză socială este de a crea curente de opinie contradictorii, în continuă schimbare, cu caracter derutant sau chiar confuz, producând scindarea comunităţilor socioumane în grupe adverse, fapt care duce la o stare de nesiguranţă ce poate fi împinsă până la absurd.

Toate acestea „traumatizează" comunităţile umane, produc o stare de tensiune internă de grup generatoare de conflicte. Răspunderea revine instituţiilor statului şi modului în care este folosită puterea politică. Aceste aspecte sociale vor avea efecte negative asupra stării de sănătate mintală colectivă, generând tulburări psihice colective de tipul celor pe care le-am numit psihoze colective.

Un ultim aspect care trebuie discutat în legătură cu aceste probleme este legat de mecanismele de apărare colectivă. Ca şi în cazul individului, şi în cazul grupurilor socioumane se poate vorbi despre mecanisme de apărare colectivă care se opun factorilor psihotraumatizanţi colectivi, având ca scop păstrarea stării de sănătate mintală selectivă. Asupra acestor aspecte vom reveni.

39. Psihozele colective I (Factorii de modelare şi control ai psihologiei colective)

Cadrul general al problemei

Psihologia colectivă este rezultatul unui complex de factori determinanţi care contribuie la configurarea profilului sufletesc al unui grup populaţional. Spre deosebire de psihologia individuală, care este, în primul rând, rezultatul dispoziţiilor genetice individuale, psihologia colectivă, care configurează profilul sufletesc al unui grup social, este rezultatul trăsăturilor specifice etnorasiale ce corespund în plan individual cu structura genetică a grupului respectiv, iar pe de altă parte, totalitatea factorilor social-istorici, etnoculturali şi moral-religioşi care normează şi determină natura sufletească şi formele de gândire, sensibilitate şi comportament ale grupului social respectiv. Acestea dau originalitatea, unicitatea şi marca specifică grupului populaţional de referinţă, diferenţiindu-l în raport cu alte comunităţi socioumane.

Este de la sine înţeles faptul că factorii sus-menţionaţi sunt cei care, în egală măsură, determină şi configurează atât starea de sănătate mintală colectivă, cât şi formele de anormalitate psihică ale grupurilor sociale. Având în vedere specificitatea factorilor modelatori, vom avea o diversitate de forme atât pentru starea de sănătate mintală, cât şi pentru psihozele colective. Nu pot fi înţelese nici sănătatea mintală, nici boala psihică raportate la grupul social decât luând în calcul importanţa factorilor sus-menţionaţi.

Întrucât factorii modelatori ai sănătăţii mintale şi ai psihozelor colective acţionează în direcţia sufletului colectiv, trebuie ca aceştia să fie raportaţi la aceleaşi „modele arhetipale” fundamentale din care se „construiesc” atât normalitatea, cât şi anormalitatea vieţii sufleteşti. Prin aceasta însă, ne raportăm în final la un sistem de valori specifice, aşa cum vom arăta mai jos.

Semnificaţia psihosocială a nebuniei

Se consideră că istoria nebuniei corespunde modelelor socioculturale sau că urmează în paralel istoria civilizaţiei umane. Nebunia a jucat dintotdeauna în istoria umanităţii un rol important, care a influenţat destinul acesteia şi de care, în mod absolut obligatoriu, trebuie să ţinem seama, întrucât, aşa cum spuneam mai sus, formele vieţii sociale

condiţionează într-o măsură considerabilă atât structurile, cât şi calitatea stării de sănătate mentală, dar şi cea de boală psihică în interiorul grupului social respectiv.

Întreaga istorie consemnează influenţa pe care au avut-o asupra destinului societăţilor, a popoarelor, a oamenilor luaţi individual personalităţile unor conducători politici sau militari care au suferit de boli psihice[1]. De fiecare dată, nebunia conducătorilor a avut urmări nefaste asupra poporului, aşa cum reiese şi din spusele lui Horaţiu: *Quidquid delirant reges, plectuntur Achivi**.

Dintotdeauna boala psihică a fost asociată în interiorul societăţii în primul rând cu pericolul şi în mod secundar cu frica. Aceste stări raportate la prezenţa nebuniei în lume au generat forme ilogice de interpretare, care, situând boala psihică în centrul atenţiei sociale, au proiectat nebunia în sfera obscură a iraţionalului. Din acest motiv, s-a creat chiar un *mit al nebuniei* care a dus la segregarea, din punct de vedere social, a unor grupe populaţionale asupra cărora erau proiectate culpabilităţile colective: leproşi, ciumaţi, eretici sau sectanţi religioşi, vrăjitoare. Aceste forme de culpabilizare colectivă, de factură mitico-magică, ce au persistat pe tot parcursul istoriei, au luat în secolul XX aspectele unor proiecţii sublimate ale *urii colective* şi ale „luptei de clasă", în care procesul de deculpabilizare colectivă se realiza prin transferul proiectiv al culpabilităţii colective asupra unor grupe populaţionale „ţintă" (evrei, negri, persoane posesoare de avere, intelectuali etc.). Ne găsim în faţa unei veritabile stări de psihoză colectivă, menţinută, în special, în societăţile cu un regim sociopolitic de tip totalitar, represiv.

Psihozele colective, indiferent de epoca istorică în care sunt menţionate ca prezenţă şi manifestare, sunt expresia unei duble crize sociale: de structură politică şi de dezvoltare socială[2], cu efect direct asupra valorilor normative socioculturale şi moral-religioase care determină, controlează şi menţin starea de echilibru social, respectiv starea de normalitate psihosocială. Orice psihoză colectivă se raportează la un eveniment social real pe care însă îl percepe şi îl prelucrează într-o manieră fantasmatic-delirantă, sub forma unor reprezentări colective care sunt acceptate în mod automat, ireflexiv, necritic în forma lor circulantă. Ele vor înlocui rapid, prin marea lor încărcătură emoţională, tot ceea ce reprezintă bunul-simţ, atitudinea critică, cultivând panica, nesiguranţa şi înlocuind raţiunea cu iraţionalul.

Atmosfera socială de panică şi ură va lua formele agresive ale conduitelor de violenţă socială orientate către „grupurile-ţintă", asupra cărora vor acţiona segregaţional, începând prin a le izola, apoi trecând la exterminarea fizică a acestora.

Discursul colectiv şi psihozele sociale

Factorul esenţial de producere, menţinere şi configurare a psihozelor sociale este reprezentat prin discursul colectiv. Înţelegem prin noţiunea *discurs colectiv* acel limbaj sociopolitic ce exprimă o anumită ideologie şi care permanent, în mod repetitiv, utilizând formule simple, directe, prin persuasiune şi cu un extrem de puternic conţinut emoţional-afectiv, se adresează maselor populaţionale, creând un *curent de opinie* cu o anumită direcţie de orientare-ţintă precisă ca intenţie, în scopul formării unor modele de

1. P. Accoce, P. Rentchnick, *Ces nouveaux malades qui nous gouvernent*, Stock, Paris, 1964.
* „Tot ce aiurează regii îndură grecii" (cei mici îndură ponoasele nechibzuinţei celor mari); *cf.* Eugen Munteanu, Lucia Gabriela Munteanu, *Aeterna latinitas*, Polirom, Iaşi, 1996, p. 246 (n.r.).
2. P.P. Negulescu, *Destinul omenirii*, vol. I, Editura de stat pentru literatură şi artă, Bucureşti, 1939.

gândire subordonată şi a unor modele de *comportament dirijat*. Prin aceasta, *discursul* (ideologic) *colectiv* devine cel mai important şi, în final, unicul instrument sociopolitic de manipulare a colectivităţilor socioumane printr-un mecanism de sugestie colectivă[1].

Psihozele colective sunt determinate şi întreţinute de simbolica unor *discursuri colective* care prezintă şi interpretează într-o formă catastrofică evenimentele istorice ca pe nişte *pedepse* pentru *culpabilităţi colective* (invazii străine, războaie, epidemii, secetă, foamete, inundaţii, cutremure, moartea unor personalităţi politice etc.). Se poate vorbi în această situaţie despre o întreagă *semiotică a negativităţii*, interpretată ca prevestind nenorociri colective: eclipse, icoane care plâng, naşterea unor monştri etc.

Societatea trăieşte într-o atmosferă de incertitudine subiectivă, dominată şi întreţinută de emoţiile colective produse de conţinutul pasional al *discursului colectiv*. Temele acestui *discurs* devin probleme de dezbatere permanentă şi, în final, exclusivă, favorizând prin aceasta o irupţie a iraţionalului în realitatea lumii posibile. În această atmosferă ideologică, populaţia nu se mai recunoaşte pe sine şi, din acest motiv, nu mai poate înţelege raportul firesc cu lumea reală, pe care o simte străină, inautentică, ostilă sau chiar direct dăunătoare. În aceste condiţii, încep să apară *explicaţii fanteziste* cu caracter catastrofic care accentuează şi menţin această stare de incertitudine generatoare de angoasă colectivă.

În faţa acestor situaţii, reacţiile de *protest-opoziţie* nu vor întârzia să apară. Ele se manifestă sub forma unor conduite de refugiu, emigraţii către *zone* (considerate) *sigure*, acte de suicid, adesea colective, deturnarea culpabilităţii prin descărcarea agresivităţii asupra unor *grupe* (considerate) *responsabile*, manifestări de protest colectiv, stradal etc.

Rolul esenţial, aşa cum se poate desprinde din cele de mai sus, în procesul de formare a psihozelor sociale revine într-o măsură covârşitoare *discursului colectiv* purtător al unor ideologii totalitare. Acest *discurs* are rolul „manipulării verbale" prin persuasiune, la care se va mai adăuga, cu o valoare emoţională sporită, şi *imagologia repetitivă*, ambele combinate şi integrate în mass-media. Manipularea verbal-imagistică (presă, TV, reclame, mode, discursuri politice, buletine de ştiri/informaţii, adunări populare, propagandă politică etc.) va folosi un anumit *limbaj public*, caracterizat ca fiind:

- simplu şi clar, de adresă imediată şi universal;
- direct accesibil şi imediat inteligibil;
- aparent convingător;
- insinuant, acuzator, demascator;
- exprimă o atitudine precisă care răspunde *aşteptărilor* maselor, având prin aceasta o mare audienţă;
- oferă *soluţii* şi face *promisiuni* referitoare la problemele, conflictele sau nedreptăţile sociale;
- oferă modele de sensibilitate, gândire şi comportament care sunt imediat acceptate şi imitate;
- influenţează atitudinile emoţionale ale maselor, pe care le dirijează într-o direcţie intenţionată, ţintită către *grupurile culpabilizate*, în vederea *descărcării agresivităţii colective* asupra acestora;
- organizează societatea în *grupuri comunitare* conduse de un lider în vederea realizării unor acţiuni colective.

---

1. V. Volkoff, *Tratat de dezinformare*, Editura Antet, Bucureşti, 2000; R.V. Joule; J.L. Beauvois, *Tratat de manipulare*, Editura Antet, Bucureşti, 1997; B. Ficeac, *Tehnici de manipulare*, Editura Nemira, Bucureşti, 2004.

Mecanismele psihosociale şi geneza psihozelor colective

Ce urmăreşte discursul colectiv ca instrument psihologic prin acţiunea sa asupra colectivităţilor socioumane? Două aspecte principale. Pe de o parte, modelarea unor opinii colective impuse şi controlate de autoritatea statal-politică, iar pe de altă parte, crearea unei anumite stări de spirit sau a unei atitudini emoţionale de factură pasională, în conformitate cu conţinutul ideologiei oficiale a statului, cu valoare de convingere.

Realizarea acestora se face prin intermediul unor *metode de propagandă* sau al unor *tehnici de manipulare* (V. Volkoff, R.V. Joule şi J.L. Beauvois, B. Ficeac). Un rol esenţial revine în acest mecanism, aşa cum am spus deja mai sus, mass-media. Metodele de propagandă sunt reprezentate prin următoarele:

1. *Propaganda inconştientă*, mascată, sub formă de *curent de opinie* construit treptat, întreţinut şi amplificat permanent.
2. *Cenzura* conduitelor, a opiniilor personale, a întâlnirilor sau reuniunilor etc., reprezentată prin următoarele:
   - controlul selectiv al informaţiilor către populaţie;
   - oferta de *informaţii* (aparent) *interzise* care se *scurg* în mod dirijat, intenţional;
   - furnizarea de *informaţii* considerate oficial ca fiind *interzise*, dar care de fapt servesc direct procesului de manipulare a maselor.

În ceea ce priveşte *tehnicile de manipulare*, acestea, după J.A.C. Brown, sunt reprezentate prin următoarele:

a) Folosirea stereotipurilor cu semnificaţie negativă (negri, evrei, comunişti, capitalişti, sindicate etc.).
b) Substituirea unor nume prin simboluri (roşu = comunism etc.).
c) Selecţia, constând în prezentarea selectivă a faptelor, într-o formă cenzurată, care, prin aceasta, să servească direct interesele acţiunii de manipulare.
d) Repetiţia cu caracter stereotip şi efect persuasiv a unor teme-slogan ale ideologiilor statului totalitar de tipul *dictatura proletariatului* etc.
e) Aserţiunea constând în prezentarea parţială a unui aspect convenabil al lucrurilor, într-o anumită imagine, în mod deliberat, cu scop vădit propagandistic.
f) Apelul la autoritate, cu rol de *model exemplar* de urmat: modele religioase, figuri politice, personaje istorice, eroi etc.

Efectele acestor *mecanisme psihosociale* vor face ca în timp să schimbe *realitatea socială firească*, înlocuind-o cu un *stat artificial*, în care drepturile şi libertăţile naturale sunt suprimate. Acest tip de societate supusă unui control riguros, extins asupra tuturor domeniilor, va duce la acumularea unor *tensiuni interioare* care vor avea ca efect schimbarea oamenilor în planul sensibilităţii, gândirii, atitudinilor, conduitelor şi al acţiunilor, al comunicării interpersonale.

Deşi au un caracter represiv, fiind impuse în mod artificial, elementele de „presiune psihosocială" sus-menţionate vor constitui, în final, un „model sociocultural" cu norme şi valori specifice. În condiţiile unei „societăţi închise", reprezentate prin *statul totalitar*, aceste norme devin absolut obligatorii, iar nerespectarea sau contestarea lor va fi considerată o gravă acţiune cu caracter antisocial, fiind imediat reprimată. Orice opoziţie este etichetată ca *vinovăţie*, iar teroarea va menţine o stare de frică colectivă permanentă.

Contestat sau acceptat, modelul sociocultural de tip represiv, prin caracterul său obligatoriu, va deveni cu timpul acceptat, cel puţin din punct de vedere formal, şi va sfârşi fie prin a fi „imitat", dar în mod nesincer, fie prin a fi „adoptat" şi interiorizat, devenind în acest caz o *convingere*.

Forţele de „presiune (psiho)socială" vor duce la acumularea unor „tensiuni interioare" care, neputându-se „descărca" în exterior prin acte protestatare, revolte etc., se vor „descărca" în interior prin acte de suicid, depresii, nevroze, alcoolism etc.

Efectele acestor presiuni sociale, economice, politice, culturale etc. se vor vedea în timp, prin schimbarea naturii oamenilor. Interdicţia iniţiativelor individuale, a gândirii libere, a asociaţiilor va duce la depersonalizare şi dizolvarea în final a individului în anonimatul colectivităţii, anulând în felul acesta orice fel de originalitate. Scad creativitatea, productivitatea muncii, se reduce comunicarea interpersonală, cresc izolarea, însingurarea şi, în final, dezinteresul pentru viaţă. Se instituie o stare de suspiciune generală, o frică colectivă. Absenţa libertăţii individuale în conformitate cu „normele statului" va crea sentimentul colectiv al culpabilităţii, ceea ce va duce la apariţia unor atitudini de „retragere" ca forme de „apărare", la conduite de *refugiu* şi *izolare*. În mod egal, se manifestă şi dorinţa de „evadare din sistemul sociopolitic" într-un alt mediu.

Este absolut clar faptul că cele prezentate mai sus vor produce schimbări importante, esenţiale atât în ceea ce priveşte starea de sănătate mintală, cât şi configuraţia bolilor psihice, în contextul social menţionat. Individul va sfârşi prin a fi în mod absolut subordonat statului totalitar şi, prin urmare, dependent de acesta. Asistăm la configurarea unui veritabil *sindrom Orwell*, când individul, schimbat sufleteşte şi moral, va sfârşi prin a accepta starea sa „anormală" ca pe ceva firesc.

Toate acestea *închid* individul, îi îngustează orizontul şi-l obligă să gândească şi să se comporte în mod obligatoriu conform unui sistem de norme represiv care îi este impus de ideologia sociopolitică a statului. Orice abatere este considerată un *act antisocial* şi este reprimată în diferite forme, servind concomitent ca exemplu pentru ceilalţi membri ai societăţii.

În mod paradoxal însă, la polul opus manifestărilor sus-menţionate se situează efectele manipulării prin propaganda ideologiei politice. Promisiunile şi exaltarea maselor produsă de acestea, exprimate în mod repetat, persuasiv, vor duce la cultivarea stimulativă a „pulsiunilor primare", care se vor substitui „spiritului raţional". Deturnarea atenţiei prin diversiuni de la „problemele acute", imediate ale societăţii va crea o atmosferă de exaltare ideologică, care, topind individul în masă, va produce un „curent de opinie" monotematic întemeiat pe o ideologie de interese politice.

În statul totalitar, ideologia este monotematică, rigidă, obligatorie, represivă. În statul democratic, ideologia este politematică, aparent deschisă, permisivă şi exprimă interese de grup, partinice. Statul democrat, sub acoperirea libertăţii, cultivă o „tensiune a dezbinării". Statul totalitar, prin reprimarea ideologică, cultivă o „tensiune a solidarităţii".

Instituţia terorii şi urmările ei

Sub semnul apărării statului şi a ordinii de drept sunt instituite măsuri de reprimare. Acestea interzic libera iniţiativă, gândirea independentă, conduitele individuale. Statul ideologic este cel care controlează totul, de la manifestările colective până la ultimele detalii ale vieţii private, intime a individului.

Instituţia terorii are la baza ei ca mecanisme frica de vinovăţie şi pedeapsa. În societăţile totalitare, fenomenul fricii sociale are un dublu sens: frica comunităţii socioumane de autoritate, iar pe de altă parte, frica autorităţilor de masa populaţională. Această dublă frică va genera o stare de tensiune între populaţie şi autoritate, un sentiment de nesiguranţă şi suspiciune, care, la rândul său, va genera o incertitudine şi o insecuritate permanente, accentuate şi prin faptul că societatea, masa de indivizi, proiectează culpabilitatea asupra autorităţii sociopolitice, iar autoritatea sociopolitică care gestionează puterea proiectează la rândul ei culpabilitatea asupra maselor. Ne confruntăm din nou cu *sindromul Orwell*, despre care am vorbit mai sus.

Nesiguranţa *închide cercul comunicării* interpersonale şi dă naştere la suspiciuni între indivizi. În locul încrederii va interveni neîncrederea. Fiecare individ se va simţi spionat şi, la rândul său, îl va suspecta pe celălalt. Această atitudine de neîncredere generalizată va dezvolta o atmosferă de factură paranoică în rândul populaţiei, cu efecte negative asupra stării de sănătate mintală colectivă. Vor prolifera psihozele colective de natură delirant-anomică. Ca o formă de compensare a acestei stări anomice, se va dezvolta delaţiunea. Fiecare îl va suspecta pe celălalt şi, în final, fiecare individ se va simţi dator ca, în mod paradoxal, să-şi divulge concetăţenii pentru acte antisociale reale sau inventate.

Instituţia terorii va produce un model de *antimorală* sau, mai exact, *o morală a negativităţii*, întemeiată pe frică şi absurd. Ne găsim într-o situaţie de criză absurdă, a incomprehensibilului şi a imprevizibilului. Această situaţie poate fi considerată ca reprezentând un veritabil *sindrom Kafka* în care se poate întâmpla orice fără însă ca ceea ce se întâmplă să poată fi înţeles sau explicat. Lipseşte orice fel de justificare.

Spre deosebire de *ritualizarea vieţii sociale*, care robotizează comunitatea socioumană de indivizi, *instituţia terorii* produce o îngustare până la închiderea totală a vieţii sociale a comunităţii umane, o stare de imobilism, o *încremenire* absurdă.

Societatea deschisă şi psihozele colective

Aspectele prezentate mai sus se referă în special la societăţile totalitare, închise, dominate şi conduse de ideologii rigide şi represive. Cu toate acestea, tulburările stării de sănătate mintală colectivă sunt semnalate, în egală măsură, şi în cadrul societăţilor deschise, de factură liberală şi democratică.

Fără a intra în analiza sociologică a acestora, vom menţiona că liberalismul şi democraţia nu sunt forme sociopolitice care să garanteze în mod absolut sănătatea mintală colectivă. Aceste tipuri de societăţi produc şi ele forme de tulburări psihotice colective, aşa cum vom arăta în continuare.

Factorii care produc alterarea stării de echilibru psihosocial colectiv sau individual în *societăţile deschise* sunt, în mod absolut, paradoxal legaţi de libertate şi slăbirea controlului social. Acestea conduc la proliferarea unor manifestări antisociale sau dis-sociale specifice.

Libertatea, care favorizează deplina dezvoltare a persoanei umane şi progresul colectivităţilor umane, dă naştere la libera iniţiativă, dar, în egală măsură, şi la *competiţia/concurenţa* dintre indivizi. Se produc segregări sociale de tipul grupurilor de interese

(economice, politice, profesionale, culturale, religioase, etnice etc.). Între aceste grupuri apar conflicte. Apar dificultăţi sau blocaje de comunicare între autoritate şi populaţie. Se produc conflicte de muncă. Apar manifestări de protest de tipul grevelor etc.

Un rol esenţial în geneza psihozelor colective în societatea deschisă revine mass-media. Aceasta, prin intermediul *discursului public* şi prin imagologia TV, cultivă modele, atitudini şi conduite care sunt acceptate şi imitate imediat, în mod ireflexiv. Acest aspect are o mare importanţă practică şi o semnificaţie particulară, întrucât în societăţile deschise mass-media devine o *sursă paideică* dominantă în viaţa socială, mergând până la *provocarea* colectivităţilor umane şi dirijarea lor manipulată către anumite forme de comportament cu efecte negative pe plan sociocomunitar. Rolul paideic negativ al mass-media va înlocui rapid educaţia familială, şcolară şi religioasă, pe care şi le va subordona.

Care sunt consecinţele acestor *mutaţii social-valorice* proprii societăţii deschise pentru sănătatea mintală colectivă ? Ele sunt multiple şi le vom prezenta succint în continuare.

Totul începe cu *libertatea*. Este vorba în realitate despre o libertate autentică ? Nu. De fapt, este vorba de un fel de *libertate la întâmplare*, într-o lume în care fiecare poate, are permisiunea de *a fi* şi de *a face* ce vrea şi cum vrea. Aceasta cu atît mai mult cu cât controlul social este slab sau absent. În orice caz, societatea este extrem de permisivă. În plus, *libertatea* nu mai răspunde în faţa *conştiinţei morale*. Prin aceasta, raportul *libertate/ responsabilitate* este foarte slab sau complet absent.

Însăşi libertatea nu mai are un conţinut precis. Ea este segmentată sau fărâmiţată în numeroase *forme de libertate* care proliferează sub protecţia unei multiple palete de *drepturi ale omului* (drepturile omului, drepturile femeii, drepturile copilului, drepturile consumatorului, drepturile salariatului etc.).

Vom asista la proliferarea unei mari forme de manifestări aberante de factură antisocială, care sunt în esenţa lor expresia unei tulburări a stării de sănătate mintală colectivă. Psihozele colective vor fi prezente ca manifestări sociale îngrijorător de frecvente. Notăm în sensul acesta o creştere alarmantă a ratei conduitelor agresive (crime, viol, tâlhărie, furt etc.), o rată apreciabilă a suicidului, precum şi prezenţa toxicomaniilor, a stărilor depresive colective, a manifestărilor de tip protestatar antisocial, a corupţiei pe plan sociomoral, refugiul în sfera sectelor religioase, înclinaţia către preocupări oculte etc.

Rezultă din cele discutate mai sus că factorii sociopolitici şi socioeconomici, culturali, moral-religioşi şi educaţionali au un rol specific, esenţial în normarea stării de sănătate mintală colectivă, dar, în egală măsură, că ei sunt responsabili şi de geneza şi forma psihozelor colective, aşa cum vom arăta în continuare.

40. Psihozele colective II
(Modelul de viaţă şi geneza psihozelor colective)

Aspecte generale

Fiecare epocă are specificul ei, o anumită marcă psihologică. În fiecare epocă se produc schimbări sociale (modernizări, schimbări de atitudini şi comportament, apariţia unor idei şi instituţii noi etc.) care influenţează în mod direct viaţa membrilor societăţii, obligându-i să se adapteze *factorilor de schimbare* sau *factorilor de progres*. Adesea, confruntarea bruscă, brutală a populaţiei cu aceste schimbări, care obligă la adaptare, prin asimilarea *factorilor de noutate*, implică o renunţare la vechile habitudini, conduite, activităţi, mod de gândire, stil de viaţă, relaţii interumane. Toate acestea vor genera reacţii din partea grupelor sociale, iar în planul organizării şi funcţionării instituţiilor sociale, crize. Ele au, de regulă, un efect negativ asupra vieţii psihice, a conduitelor şi relaţiilor interumane ale grupurilor sociale.

În mod egal, factorii de stagnare, opuşi celor de progres, pot duce, în timp, la o stare de imobilism psihosocial şi, ulterior, la o regresiune psihosocială manifestată, ca şi în cazul de mai sus, prin modificări în conduitele şi acţiunile grupurilor umane, ale mentalităţilor, în sfera emoţional-afectivă etc.

Aceste *crize psihosociale*, fie că sunt crize de stagnare, fie că sunt crize de progres sau dezvoltare, vor avea două aspecte : crize de structură şi crize de adaptare (L. Bauer, R. Lewinsohn, A. Siegfried, F. Nitti, C. Rădulescu-Motru, P.P. Negulescu, P. Andrei, J. Barus-Michel, F. Ginst-Desprairies, L. Ridel).

Schimbările pot duce la tulburarea „ordinii sociale", după cum, în egală măsură, şi stagnarea poate duce la „uzura" şi devalorizarea acesteia.

În societatea actuală, aceste crize de schimbare sunt deosebit de acute. Viaţa omului modern este dominată de „randament şi profit", antrenând o „competiţie a intereselor" care suprasolicită viaţa emoţională, capacităţile de adaptare, conduitele, acţiunile, modul de a gândi al oamenilor. La acestea se adaugă „dizolvarea individului" în „masele aglutinante" – fapte care produc importante mutaţii în planul sănătăţii mintale. Între individ, mase şi mediul social intervin conflicte deosebit de grave. Civilizaţia, ştiinţa, tehnologia, comunicaţiile, noile structuri şi instituţii sociale depăşesc capacitatea de adaptare a indivizilor, care le percep nu ca pe nişte „surse de confort", ci ca pe nişte „pericole" orientate împotriva lor. Această evoluţie, în special de ordin tehnologic, a lumii, extrem de rapidă şi de complexă, este percepută ca o ameninţare de către masele de indivizi, ca o presiune continuă (K. Jaspers, R. Oppenheimer, C.G. Jung).

În aceste condiţii apar *boli ale civilizaţiei* cu caracter de masă, în care recunoaştem manifestările care, înaintea epocii revoluţiei tehnologice, erau cunoscute sub numele de *psihoze colective*. Între vechile epidemii psihotice colective şi bolile civilizaţiei moderne deosebirea nu este decât formală. Ele au aceeaşi semnificaţie, aceleaşi mecanisme, aceeaşi dinamică.

Toate acestea vor afecta direct sau indirect starea de sănătate mintală, fie că este vorba de o lume relativ fixă, în care presiunea socială este limitată la faptele de experienţă individuală, fie că este vorba de o societate în evoluţie sau în revoluţie în care asistăm la o multiplicare a acestor constrângeri din toate direcţiile, exercitate asupra întregului grup de indivizi.

Consecinţele acestor *factori morbigenetici* pentru sănătatea mintală a grupelor sociale sunt sistematizate de Y. Pelicier în următoarele aspecte :

a) Efortul de adaptare la care sunt supuşi individul sau grupurile sociale dă naştere la tensiuni, angoase şi frustrări cărora le cade victimă categoria cea mai fragilă a populaţiei (copiii, adolescenţii, bătrânii, şomerii, emigranţii, persoanele cu venituri mici, familiile numeroase, grupele marginale sau minoritare etc.).
b) O societate modernă, cu cât este mai bine organizată, cu atât este mai puţin tolerantă faţă de bolnavii psihic şi de bolile mintale. Comportamentele anormale sunt supuse unei cenzuri riguroase, organismele de asistenţă a acestora au un caracter represiv, iar morbiditatea este în continuă creştere.
c) Progresul material face ca, în mod paradoxal, individul să fie mai vulnerabil la suferinţele morale şi mai puţin dispus să le suporte. În felul acesta, evoluţia socială va antrena după ea o creştere a vulnerabilităţii psihiatrice.

Factorii de morbigeneză

După cum rezultă din cele de mai sus, presiunea socială are un caracter global şi se exercită asupra tuturor categoriilor de indivizi care intră în grupurile sociale, indiferent de statutul acestora.

Generalizarea „crizei" va antrena o schimbare socială, sufletească şi morală profundă în instituţiile tradiţionale, în relaţiile interpersonale, dar mai ales se va produce o importantă şi profundă schimbare a oamenilor. Acest aspect al „crizei sociale" pune o dublă problemă : cea a efectelor imediate şi cea a consecinţelor la distanţă. Referitor la aceasta, F. Nitti scria în 1938 următoarele : „Secolele al XVIII-lea şi al XIX-lea au fost secole mari, în cursul cărora omenirea a realizat cele mai mari progrese, atât în domeniul gândirii, cât şi în acela al ştiinţei şi al ordinii publice. Secolul XX s-a născut în sânge şi, peste imensa distrugere de vieţi şi de averi omeneşti, ameninţă să surpe chiar temeliile ordinii morale, pe care se ridică civilizaţia". Ceea ce a urmat şi modul în care au evoluat evenimentele în secolul XX reprezintă o confirmare a acestor previziuni sumbre ale istoriei.

Y. Pelicier face o sinteză a principalelor caracteristici care configurează viaţa modernă din punct de vedere psihosocial, scoţând în evidenţă modificările produse de aceşti „factori morbigenetici" asupra societăţii şi a grupurilor umane. Le vom prezenta în continuare.

1. *Creşterea condiţionării sociale*

Lumea actuală se caracterizează printr-o creştere a condiţionării sociale asupra vieţii individuale. Manifestările vieţii colective sunt tot mai numeroase, mai diverse, mai imperioase, ameninţând şi acaparând în totalitate viaţa personală (A. Barrère). Asistăm la un fenomen de socializare rapidă, progresivă, globală, cu repercusiuni multiple asupra instituţiilor sociale, asupra vieţii individuale, a modului de a gândi şi a conduitelor umane, manifestat prin următoarele : centralizare, impenetrabilitate şi rigiditate a regulilor impuse de puterea politică, absenţa responsabilităţii, dependenţa de servicii, lipsa de contacte emoţionale directe etc.

Relaţiile interpersonale şi cele cu instituţiile statului sunt pur formale şi bazate pe interese materiale, concurenţiale, reduse la „nevoi pulsionale". P. Ricœur numeşte acest fenomen „bulimia dorinţelor", iar P. Raynaud îl consideră un nou „hedonism". Indivizii, sub influenţa incitaţiilor publicitare, sunt antrenaţi într-un circuit al unei agitaţii continue, respectiv „dorinţă-împrumut-cheltuială-cumpărare-risipă". Aceasta va duce, în scurt timp, la insatisfacţii, frustrări, corupţie, creşterea delincvenţei juvenile (H. Bloch şi A. Niederhoffer).

Consecinţele acestui fenomen de „deposedare a individului" cu caracter alienant vor sărăci persoana umană din punct de vedere etic şi individual, îi vor reduce iniţiativa, gândirea autonomă, responsabilitatea acţiunilor. Rezultatul acestor multiple schimbări ale omului va fi reprezentat prin ceea ce Van den Berg a numit „adulţii infantilizaţi", o veritabilă stare de regresiune psihosocială a individului, a cărui semimaturitate îl transformă într-o fiinţă manipulabilă de către stat şi puterea politică, ducând treptat la o totală depersonalizare a sa (A. Barrère).

2. *Civilizaţia imaginii publice*

Corelată direct cu civilizaţia materială, cu dezvoltarea tehnologiei, cultura contemporană este o *civilizaţie a imaginii*. Prin intermediul mass-media (TV, cinema, radio, presă, reclame, publicitate etc.) toate mediile sociale suferă o presiune invadantă a „masificării sociale" (G. Cohen-Seat şi P. Fougeyrallas). Omul modern devine un „locuitor al unei vaste iconosfere", veritabil mediu de experienţă impus de informaţia vizuală. Asistăm, în felul acesta, la o trecere extrem de rapidă de la *ordinea verbală* la *ordinea vizuală*. Consecinţele psihosociale şi psihopatologice ale acestui fenomen sunt următoarele :

a) Omogenizarea culturală prin presiunea mass-media, care duce la o uniformizare a conştiinţelor, realizând false legături comunitare şi o pseudosolidaritate umană prin similitudine.
b) Deşi puternic colectivizat, omul se va simţi izolat emoţional-afectiv, victimă a puterii de sugestie a imaginilor. Acţiunea repetată a audiovizualului va sfârşi printr-o adeziune automată, inconştientă şi involuntară, de tipul unei comunicări empatice. Omul va înceta să mai gândească singur, acceptând şi aşteptând ceea ce i se oferă din partea mass-media.
c) Imagologia persoanei umane va domina aspectul formal-extern al acesteia, sfârşind prin a o reduce exclusiv la aceasta. Ea este autentică, dar ireală, întrucât anulează sau

reprimă identitatea interioară de fond a individului. Asistăm la o răsturnare valorică a tipurilor umane : eroii sunt înlocuiţi de celebrităţi, vedete, staruri, idoli ; literatura de publicaţiile informativ-publicitare (*digests*) ; idealurile de clişee. Peisajul social se va transforma într-o *lume de iluzii*.

d) În locul *culturii superioare*, care cultivă valorile autentice, se va instaura *cultura de masă*, o cultură simplificată, vidă de conţinut, lipsită de gust, de valoare, supusă fluctuaţiilor modei. Această subcultură superficială şi exaltată va genera nelinişte, angoasă, nevroză colectivă. Cultura de masă propagă mişcarea, agitaţia, trepidaţiile, suspansul, atacurile, violenţa, sexualitatea liberă, descărcarea pulsională primară în absenţa oricărei cenzuri. Ea va genera angoase, fobii, conduite violente, acte delictuale. În planul gândirii colective se notează proliferarea pseudoştiinţelor (ocultism, magie, astrologie, bioenergie, radiestezie), care vor mobiliza, într-o manieră de tipul contagiunii psihice, întreaga opinie publică. Este cultivat interesul pentru miraculos, necunoscut, pseudodescoperiri fantastice, imaginare, toate acestea fiind corelate simbolic cu angoasa, pe care caută să o evite într-o manieră sublimată, tocmai apelând la aceste domenii „explicative" ale „pseudoştiinţelor". În sensul acesta, atmosfera opiniei publice pare o vastă panoramă onirică ce cuprinde întreaga societate şi căreia nu i se poate sustrage nimeni.

e) Expansiunea nevoilor culturale generată de „cultura de masă" este favorizată de două grupe de factori :
- prelungirea duratei de şcolarizare şi complexitatea formării profesionale ;
- dezvoltarea distracţiilor, a divertismentului.

Civilizaţia distracţiilor, a petrecerii „timpului liber", a „distracţiilor libere" sau a „divertismentului" este un produs cultural al civilizaţiei moderne (Joffre-Dumazedier). Distracţiile sunt expresia unei „arheocivilizaţii", o întoarcere la formele anterioare, ancestrale, de viaţă naturală, de descărcare pulsionară primară, necenzurată de valorile culturale, morale şi spirituale.

3. *Omul manipulat*

Caracteristica omului modern, a omului care trăieşte într-o societate frământată de schimbări generatoare de „crize" ale valorilor morale, sociale, culturale, spirituale şi religioase, este aceea *de a fi manipulat*.

Omul manipulat este omul supus acţiunilor propagandei (J. Ellul). În mijlocul schimbărilor rapide la care nu se mai poate adapta, pe care nu le poate evita, care-l asimilează şi-l reprimă, omul devine un „obiect manipulat" de propagandă. Acest fapt este posibil prin dizolvarea persoanei în masa de indivizi, prin anularea identităţii, care-l va transforma într-o fiinţă „subumană", atribuindu-i identitatea grupului.

Dizolvat în masă, individul este adoptat de grupul social respectiv, cu care se identifică, şi va renunţa în mod inconştient şi involuntar la identitatea sa. El este dependent de grup şi se simte în siguranţă în interiorul acestuia ; mai mult chiar, are iluzia unei „autoafirmări". De fapt, fiind dizolvat în grupul respectiv, el nu-l mai poate părăsi, pentru că s-ar pierde, devenind vulnerabil prin lipsa de sens.

Omul manipulat de mijloacele de propagandă în masă este superficial, îşi pierde capacitatea de aprofundare, de reflecţie, de a judeca în mod independent. El simte,

acţionează şi gândeşte după „şabloanele” care-i sunt impuse şi pe care le acceptă în mod necondiţionat.

Caracteristicile personalităţii omului manipulat sunt următoarele (J. Ellul):

a) Este un om gol pe dinăuntru. O fiinţă exclusiv exterioară, disponibilă oricăror solicitări, singură şi izolată emoţional-afectiv, dependentă de ideologiile colective.
b) Este un om minimalizat din punct de vedere valoric, necreator, ce se identifică cu temele propagandei ideologice, un automat.
c) Este o fiinţă angoasată şi culpabilizată prin presiunile la care este supusă, prin tensiunea în care este obligată să trăiască, prin lipsa de ideal.

4. *Omul şi tehnica*

Aceasta reprezintă tema centrală a societăţii industrializate. Civilizaţia tehnicistă exercită o triplă influenţă asupra membrilor societăţii: fiziologică, psihologică şi socială (G. Friedmann, R. Aron).

Societăţile industriale construiesc un nou mediu uman, care transformă condiţiile de existenţă ale omului, pătrunde în toate sectoarele vieţii sale, generează o multitudine de factori suprasolicitanţi noi, interpune un „ecran” artificial între om şi mediul natural.

„Care sunt efectele alienante ale muncii legate de dezvoltarea tehnicii?” – se întreabă G. Friedmann. Acestea sunt următoarele:

- munca este depersonalizată;
- sarcinile sunt fragmentate;
- munca este lipsită de orice fel de participare;
- activitatea este percepută ca o pedeapsă, lipsită de profit şi satisfacţii, pe care omul însă o va compensa prin distracţii, jocuri, divertisment, alcool etc.;
- munca devine astfel o sursă de nemulţumiri, conflicte, insatisfacţii, sentimentul frustrării economice, limitare;
- neliniştea dată de nesiguranţa locului de muncă, concurenţa, depăşirea pregătirii profesionale etc.

5. *Omul şi condiţiile de habitat*

P.H. Chombard de Lauwe, care s-a ocupat de acest aspect, subliniază faptul că nevoile de habitat ale omului sunt fiziologice, psihologice şi sociale.

În societatea actuală, criza de locuinţe de manifestă în contextul crizei generale. Accelerarea urbanizării şi explozia demografică ridică probleme deosebit de serioase. În sensul acesta, se au în vedere următoarele situaţii morbigenetice:

a) locuinţa supraaglomerată care generează conflicte;
b) locuinţa de tranzit care generează sentimentul de insecuritate şi înstrăinare a persoanei în raport cu reşedinţa sa, impresia de artificial, de inautentic;
c) promiscuitatea locuinţelor supraaglomerate cauzează surmenajul psihosenzorial, conflicte, tensiuni, angoasă, tulburări nevrotice, conduite deviante sau delictuale, violenţă.

6. *Devalorizarea persoanei*

Ce va deveni în final persoana umană aflată în aceste condiţii de viaţă socioculturală, economică, morală?

J. Folliet descrie un veritabil *sindrom de degradare a personalităţii umane*, caracterizat prin următoarele aspecte:

a) golirea interioară a persoanei, slăbirea acesteia, dependenţă şi pasivitate;
b) discontinuitatea conştiinţelor, a responsabilităţii, imaturitate şi regresiune;
c) caracterul superficial al emoţiilor şi sentimentelor, epuizare, pierderea capacităţii creatoare, a iniţiativei;
d) slăbirea sentimentelor altruiste, de compasiune, milă şi solidaritate afectivă;
e) închiderea în sine egocentrică, cultivarea intereselor egoiste materiale, duritate, agresivitate etc.;
f) transformată într-un „automat uman", persoana va deveni uşor manipulabilă, sugestibilă, sensibilă la efectele propagandei, ale mass-media, pierzându-şi identitatea şi valoarea.

Criza psihosocială

Pe fondul transformărilor sociale şi istorice se profilează tabloul unei crize. Trebuie făcută diferenţa între schimbări şi criză, întrucât crizele sunt consecinţa schimbărilor.

Orice schimbare, pozitivă sau negativă, priveşte ordinea şi echilibrul sistemului social şi, implicit, ale oamenilor. Cele sus-menţionate sunt suficient de bogate ca argumentare în sensul acesta. În cazul crizelor sociale se discută două aspecte: reacţia grupurilor umane la factorii de criză şi situaţia creată de aceştia; consecinţele crizei asupra grupurilor socioumane.

Orice criză va produce schimbări formale, de ordin exterior, şi schimbări de fond. Primele sunt dominant social-comportamentale şi de tip relaţionist, celelalte privesc însăşi natura umană, modul de a simţi, modelele de gândire, viaţa emoţional-afectivă.

Primul efect al crizei este dat de sentimentul nesiguranţei, de nelinişte cauzată de pierderea încrederii în lume, în instituţiile sociale, resimţite ca o ameninţare a persoanei şi a vieţii individuale. Această stare de angoasă va trezi suspiciuni care vor duce la o alterare a relaţiilor interumane, la ostilitate, neîncredere, suspectare reciprocă.

Resimţind lumea ca ostilă, nesigură, ameninţătoare, incapabilă de a-i mai oferi un suport moral şi material, grupul uman va apela, ca „soluţii", la *conduitele de refugiu*.

Într-o primă etapă, va încerca să-şi explice starea de fapt. Dar explicaţia va fi îngreunată de ciocnirea între „vechea formă socială şi morală" şi „noile condiţii schimbate ale lumii". Între „vechi" şi „nou" va apărea un conflict valoric grav, care va avea repercusiuni asupra persoanei umane şi asupra grupurilor sociale. Orice încercare de explicare va eşua în idei confuze care vor sfârşi prin a construi un „curent de opinie" catastrofic, apocaliptic, absurd. Apare o nouă mentalitate: *mentalitatea de criză*, model de gândire negativă ce combină conflictul cu salvarea, absurdul cu miracolul.

Într-o a doua etapă, vom observa apariţia unor *soluţii salvatoare*, a unor veritabile „conduite de refugiu" prin care persoana sau grupurile socioumane vor căuta să se pună

la adăpost, să evite pericolul. De regulă, acestea sunt veritabile manifestări care configurează psihozele colective, manifestate prin apariţia unor noi forme religioase, ideologii soteriologice, forme de protest, sinucideri colective, grupări marginale, migraţii în masă, toxicomanii şi alcoolism, psihoze pasionale, ideologii sociopolitice, mişcări revendicative de masă etc.

Şi prima etapă, şi cea de-a doua sunt momente obligatorii ce contribuie la configurarea unor manifestări psihopatologice colective specifice stărilor de criză psihosocială, reprezentate prin psihozele colective.

Dar psihozele colective nu sunt numai „conduite de refugiu", ci şi manifestări contestatare ale unei lumi absurde, aflată într-o gravă criză valorică. Afectat este, în aceste cazuri, sufletul colectiv. Acesta suferă o alterare prin pierderea valorilor morale, spirituale, culturale şi religioase care-l compun. Sufletul colectiv este cel care alimentează şi la care se raportează fiecare persoană, fiecare suflet individual.

Sufletul colectiv este „nucleul" modelului sociocultural care incarnează valorile normative ale sistemului social şi ale grupurilor umane. El este reperul acestora, dar, concomitent, şi sursa care alimentează grupurile umane şi pe fiecare individ în parte.

Prin alterarea sau dizolvarea sufletului colectiv, individul sau grupurile îşi pierd sensul, raţiunea lor de a fi încetează, întrucât nu mai au nici un reper, nici o normă. De aici şi prăbuşirea în confuzie, în iraţional, în conduite şi reprezentări colective absurde. Toate acestea reprezintă premisele ce stau la baza apariţiei şi dezvoltării psihozelor colective, pe care le vom analiza în continuare. Trebuie numai să adăugăm faptul că aceste psihoze colective nu sunt fapte psihosociale izolate, de factură psihopatologică colectivă. Ele se întâlnesc în toată istoria umanităţii şi au aceleaşi mecanisme şi motivaţii. Ceea ce le diferenţiază sunt numai *forma* de manifestare şi *limbajul* lor.

41. Psihozele colective III
(Caracteristicile şi mecanismele psihozelor colective)

Definiţie şi cadru

O definiţie riguroasă a psihozelor colective este destul de greu de dat din mai multe motive. Termenul *psihoză*, preluat din clinica psihiatrică, desemnează o boală psihică gravă a unei persoane, o tulburare psihică individuală, cu caracteristici bine delimitate. Cunoscute de multă vreme, psihozele au fost denumite în mod diferit de-a lungul timpului: *nebunie*, *vesanii*, *demonopatii*, *stări de posesiune*, *stări lunatice* etc. Toate aceste denumiri sunt expresia concepţiilor medico-culturale despre boala psihică, dar şi expresia atitudinii societăţii faţă de bolnavii mintal.

Astăzi termenul *psihoză* este rezervat unei clase de afecţiuni clinico-psihiatrice care se diferenţiază de nevroze, sociopatii sau psihopatii, tulburări de caracter, afecţiuni psihosomatice sau întârzieri de dezvoltare intelectuală (L.E. Hinsie şi R.J. Campbell).

A. Porot etichetează psihozele ca fiind „afecţiunile mintale cele mai grave, caracterizate printr-o atingere globală a personalităţii de procesul patologic".

După L.E. Hinsie şi R.J. Campbell, psihozele se caracterizează prin următoarele aspecte psihopatologice:

a) severitatea procesului morbid, intens şi distructiv, tinzând să afecteze întreaga viaţă a bolnavului;
b) izolarea, închiderea în sine patologică a bolnavului, slăbirea relaţiilor interpersonale ale acestuia;
c) schimbarea afectivă în plus (euforie), în minus (depresie) sau cu caracter bizar, discordant (ambivalenţă, disforie, inversiune afectivă);
d) tulburări în sfera intelectuală de tipul ideilor sau al interpretărilor delirante asociate cu tulburări de percepţie de tipul halucinaţiilor;
e) regresiune globală a personalităţii la forme anterioare de dezvoltare (manierisme, bizarerii, puerilism etc.);
f) tulburări ale conştiinţei, imaginii de sine, capacităţii de reprezentare şi evaluare a realităţii şi a propriei persoane.

Aceste aspecte caracterizează psihozele individuale, întâlnite şi etichetate în psihiatrie drept tablouri clinice.

Se poate desprinde din cele de mai sus că, în ceea ce priveşte conceptul clinico-nosologic de *psihoză*, acesta are un caracter net determinat şi delimitat în conformitate

cu rigorile raționamentului impus de normele diagnosticului clinic. El este un produs al gândirii medicale.

În ceea ce privește *psihozele colective*, problema se pune în mod diferit, deși similitudinea denumirii poate conduce ușor la confuzii sau la o suprapunere de concepte medico-psihiatrice peste un concept sociopatologic. Din acest motiv, trebuie precizat faptul că prin psihoză înțelegem afecțiuni psihice individuale, cu caracteristicile clinico-psihiatrice descrise mai sus, așa cum apar ele la o persoană etichetată drept bolnavă psihic în clinica de psihiatrie. În ceea ce privește psihozele colective, acestea sunt manifestări psihosociale anormale, morbide, care vizează grupurile umane, colectivitățile de indivizi ; au un caracter relativ unitar ca formă de manifestare, recunosc aceleași cauze comune, aceleași mecanisme psihologice și sunt condiționate de factori externi socioculturali și de o anumită dispoziție sufletească interioară a grupului sociouman. Spre deosebire de psihozele clinice, care sunt, așa cum spuneam, afecțiuni psihice individuale, psihozele colective sunt afecțiuni sau manifestări psihopatologice colective, de masă, cu caracteristici proprii.

Psihanaliza consideră psihozele colective ca reprezentând „mecanisme psihice de apărare utilizate de întregul grup social", care apar ca fenomene de „respingere" sau de „adaptare" la condițiile socioculturale schimbate.

Dintr-un alt punct de vedere, se susține că la baza psihozelor colective stau proiecțiile paranoide ale maselor sociale raportate la „motive" comune. Se poate deci afirma că „psihozele colective" sunt reacții ale grupurilor socioumane la anumite „motive colective" (dezastre naturale, cutremure, secetă, războaie, revoluții, schimbări ale sistemului sociopolitic, crize economice etc.). Acest aspect pune în evidență faptul că „psihozele colective" sunt modalități particulare de „reacție colectivă" a grupurilor socioumane, în anumite circumstanțe istorice, socioculturale și moral-spirituale. Din acest motiv, pentru înțelegerea naturii psihozelor colective trebuie avute în vedere atât condițiile social-istorice care le declanșează, cât și caracteristicile psihosociale ale grupurilor umane mobilizate de aceste condiții, realizând în plan comportamental psihosocial „formele patoplastice" ale acestor manifestări.

Caracteristicile psihosociale ale grupurilor umane

Nu intenționăm să facem o analiză psihosocială a grupurilor umane. Pentru studiul și înțelegerea psihozelor colective sunt importante caracteristicile psihologice ale grupului social. Insistăm asupra acestui aspect pentru a scoate în evidență diferența dintre psihologia persoanei și psihologia grupului social. Acest fapt este esențial în înțelegerea mecanismelor și a naturii psihozelor sociale.

Sufletul colectiv se deosebește de sufletul individual. El are caracteristicile sale structurale și dinamica sa proprie. La sufletul colectiv distingem două niveluri structurale formate în decursul evoluției istorice a umanității și care sunt, într-o măsură apreciabilă, rezultatul acestei evoluții : *structura psihobiologică fundamentală*, primară, cu caracter pulsional, care există la absolut toate grupurile umane, și *structura psihoculturală*, secundară, dobândită în cursul evoluției social-istorice, reprezentată prin valorile culturale, morale și religioase specifice fiecărui grup uman și care sunt asimilate de acesta, constituind o structură sufletească supraadăugată.

Structura psihobiologică fundamentală are un caracter constituţional. Ea corespunde în mare măsură inconştientului colectiv şi are un caracter pulsional raportat la trebuinţele primare ale grupului uman. Ea este structura sufletească cea mai veche, primară, bine organizată şi fixată, care nu mai poate fi schimbată. În virtutea conţinutului pulsional al structurii psihice primare, grupul uman se comportă în conformitate cu două norme sau legi : *legea participaţiei* şi *legea reprezentărilor colective*, formulate de L. Lévy-Bruhl. Toate acţiunile şi modelul de gândire primar sunt organizate şi se desfăşoară după un plan unic, comun pentru toţi membrii grupului respectiv. Sentimentele, emoţiile, ideile, acţiunile, conduitele sunt comune sau se desfăşoară după un plan unic, comun tuturor membrilor grupului, având un caracter ritualizat.

Structura psihoculturală secundară are un caracter dobândit. Ea apare ulterior în evoluţia umanităţii, prin interiorizarea de către grupurile umane a valorilor cultural-morale şi spiritual-religioase, şi poate fi considerată ca reprezentând Supraeul colectiv. Este o structură sufletească nouă, dobândită în mod secundar şi, din acest motiv, este mai puţin stabilă şi mai puţin organizată în raport cu precedenta. Această structură este expresia valorilor modelului sociocultural.

Supraeul colectiv are rol regulator şi de cenzură asupra tendinţelor pulsionale ale inconştientului colectiv, pe care-l controlează. Aceasta asigură „stilul de viaţă civilizată" al grupului sociouman, prin „valorile" cultural-morale şi spiritual-religioase pe care le conţine. În locul conduitelor ritualizate, specifice modului de manifestare a inconştientului colectiv, Supraeul colectiv impune grupului conduite învăţate, impuse prin educaţie. Se poate deci afirma că Supraeul colectiv exercită asupra inconştientului colectiv un rol cenzurant-represiv cu caracter sau cu efect normativ-modelator.

În stare de normalitate, trebuie să existe un echilibru perfect între pulsiunile inconştientului colectiv şi normele valorice cu caracter cenzurat ale Supraeului colectiv. În cazul în care „presiunea" exercitată de normele şi valorile Supraeului colectiv creşte, asistăm la o acumulare sau la o încărcare pulsională a inconştientului colectiv, manifestată prin acte de „autoagresivitate", conduite de refugiu etc. În cazul în care „presiunea" Supraeului colectiv scade sau se reduce considerabil, se produce o „descărcare pulsională" a inconştientului colectiv, manifestată prin acte de violenţă heteroagresivă, delincventă etc.

În afara acestor două situaţii, vizând raportul Supraeu colectiv/Inconştient colectiv, pulsiunile inconştientului colectiv se descarcă şi prin forme sublimate. Acestea au caracterul unor „conduite colective" acceptate social, cu caracter organizat şi ritualizat. Ele sunt reprezentate prin competiţiile sportive, festivalurile muzicale sau prin artă tradiţională, dans, carnavaluri, chermeze, divertisment etc.

Supraeul colectiv este produsul factorilor modelului sociocultural. Spre deosebire de inconştientul colectiv, care este constant, Supraeul colectiv suferă influenţele mediului sociocultural, fiind expresia „modelului valoric" al acestuia. Diferenţele psihosociale dintre diferitele grupuri umane sunt date de specificul Supraeului colectiv. Cu cât o societate este mai dezvoltată din punct de vedere sociocultural, cu atât valorile care normează viaţa socială sunt mai autentice, mai stabile, iar grupul sociouman este mai evoluat datorită Supraeului colectiv ce reuneşte acest sistem de valori. Gradul de civilizaţie a unui grup sociouman este dat de nivelul de dezvoltare a Supraeului colectiv şi de rolul pe care acesta îl exercită asupra inconştientului colectiv.

În situaţiile de criză socială, când valorile socioculturale şi moral-religioase dispar, se produce o criză şi la nivelul Supraeului colectiv, care nu-şi mai poate exercita rolul

represiv-modelator şi normativ asupra inconştientului colectiv. În aceste circumstanţe, masele sociale vor suferi un proces de *regresiune psihologică*, de reîntoarcere la formele primare, ancestrale de comportament, de manifestare emoţională şi de gândire colectivă uniformizante. Este momentul, din punct de vedere social, al reîntoarcerii în trecut la starea de barbarie primară, prin dizolvarea valorilor civilizaţiei.

Orice stare de anomie, de criză a valorilor socioculturale şi moral-spirituale duce la o regresiune psihologică a modelelor de comportament şi de gândire a maselor socioumane. Absenţa acţiunii normative a Supraeului colectiv mai are drept consecinţă şi faptul că, în absenţa sau slăbirea rolului acestuia, masele umane îşi pierd identitatea. Ele nu se mai recunosc în condiţiile sociale schimbate de criză. Din acest motiv, starea de *regresiune psihologică* a maselor nu este numai o reîntoarcere la formele ancestrale, primare de comportament şi de gândire, ci şi o formă de apărare în faţa condiţiilor schimbate ale unui mediu social devalorizat, cu care nu se mai identifică şi pe care-l refuză.

Dinamica psihopatologică a psihozelor colective

La baza psihozelor colective stau câteva mecanisme psihologice specifice care produc acest tip de manifestări psihopatologice. Ele sunt manifestările inconştientului colectiv, eliberat de sub acţiunea cenzurat-normativă, cu caracter represiv, a Supraeului colectiv.

Ceea ce caracterizează, din punct de vedere psihologic, grupurile socioumane este faptul că acestea sunt dominate de dinamica pulsională a inconştientului colectiv. Această dinamică se manifestă, aşa cum am mai spus, prin legea reprezentărilor colective şi prin legea participaţiei. În virtutea primei legi, toţi membrii grupului uman împărtăşesc aceleaşi opinii, credinţe, model de gândire „preconceput", de regulă cu caracter iraţional sau ilogic, care, în virtutea „legii participaţiei", este adoptat şi acceptat de toţi membrii grupului, în mod necondiţionat, sub aceeaşi formă. Aceasta face ca întregul grup uman să-şi organizeze acţiunile, reacţiile şi conduitele după un model unic, general, pe care, odată adoptat, nu-l mai poate abandona.

În acest proces, un rol esenţial revine fenomenelor proiective şi contagiunii psihice, în virtutea cărora toţi membrii grupului uman vor adopta sau „copia" în mod automat, ireflexiv, acelaşi model de comportament, de gândire şi vor reacţiona identic faţă de motivele declanşatoare ale „crizei".

La baza *contagiunii psihice* stă procesul de sugestie colectivă indusă, de regulă, prin imitaţia unui „model charismatic" sau prin coparticiparea emoţională a membrilor grupului uman respectiv aflat în situaţii neobişnuite, cu caracter limitativ-constructiv: panică, teroare, cataclisme, crize economice sau sociopolitice, revoluţii, războaie, deportări, invazii străine etc.

Factorii care contribuie la declanşarea psihozelor colective şi planurile în care acestea se manifestă sunt multiple şi de o mare diversitate. Din aceste considerente, am preferat să le grupăm în următoarele tipuri de modificări: factorii etiologici, aspectul formal, aspectul psihologic şi aspectul relaţional al psihozelor colective, planul valoric. Le vom analiza pe rând în continuare.

1. *Factorii etiologici*

În această categorie sunt incluşi factorii care, prin acţiunea lor, exercită o influenţă directă şi repetată asupra maselor de indivizi, printr-un mecanism de persuasiune, de inducţie colectivă a unor idei, opinii, atitudini, emoţii şi pe care masele şi le însuşesc treptat, le acceptă şi le recunosc ca valabile şi sfârşesc prin a le identifica cu propriile „probleme" nerezolvate şi de care se consideră pe nedrept frustrate.

Aceşti factori etiologici sunt reprezentaţi, în primul rând, prin „instrumentele" şi „instituţiile" de *propagandă publică* : televiziunea, radioul, presa, conferinţele publice, discursurile politice, parlamentare, alte forme de publicitate.

Efectul acestora asupra maselor de indivizi este direct şi poate fi imediat sau, dimpotrivă, poate avea efecte ulterioare, ca urmare a repetării în timp. *Efectul primar*, imediat este de mai mică intensitate şi de o durată mai scurtă. Dimpotrivă însă, *efectul secundar* apare după „asimilarea" factorilor etiologici repetaţi ca acţiune şi este mult mai profund, mai dezorganizat şi de durată mai îndelungată.

Un rol important revine modului în care sunt „receptaţi" şi „utilizaţi" factorii de propagandă în geneza psihozelor colective. Efectul acestora depinde de stabilitatea instituţiilor sociale, de criza valorilor modelului sociocultural, dar şi de starea psihologică a maselor. În sensul acesta, starea de tensiune emoţională crescută, acumularea pulsiunilor şi a stărilor de tensiune, suspiciunea şi impresia pericolului sunt factori favorizanţi.

Pe acest fond sufletesc colectiv încep să apară *forme de prelucrare* a „factorilor de propagandă", cu caracterul deformat emoţional-afectiv al absurdităţii, care înlocuieşte treptat gândirea critică. Se menţionează ca fiind specifică pentru aceste etape de criză socială proliferarea zvonurilor, a unor fabulaţii absurde sau fantastice, a unor ştiri neîntemeiate, informaţii false etc. Acestea sunt preluate în mod automat şi necritic de populaţie, favorizând apariţia unor reacţii şi conduite anormale, a unor idei colective absurde şi a unei stări de tensiune psihosocială extremă.

Toate acestea vor constitui cadrul favorabil al dezvoltării unor stări de neîncredere, angoasă, nesiguranţă, ducând în final la o importantă regresiune psihosocială a grupului uman respectiv.

2. *Rolul planului formal-social*

Psihozele colective apar şi se manifestă în cadrul *spaţiului social*. Fiind manifestări colective, ele sunt „exterioare" şi reclamă în sensul acesta un anumit „spaţiu de manifestare". Prin aceasta, psihozele colective se înrudesc cu manifestările demonstrativ-isterice.

Lumea, spaţiul social, este zona de manifestare a emoţiilor colective, de vehiculare a opiniilor şi de manifestare a comportamentelor maselor de indivizi. Aceasta se datorează faptului că în cadrul spaţiului social sunt „mediatizate" emoţiile şi opiniile colective, care influenţează atitudinile, modelul de gândire şi de acţiune a maselor. Consecinţele acestei acţiuni de „inducţie colectivă" prin propaganda mediatizată sunt noile „imagini sociale" ale maselor, care se vor structura în conformitate cu „modelele induse" şi vor

fi prelucrate în mod automat, ireflexiv. Un asemenea exemplu este succesiunea rapidă şi de o mare varietate a „modelor" pe toate planurile: limbaj, conduită, vestimentaţie, imagine corporală, stil de viaţă. În aceste circumstanţe, viaţa socială devine un vast spectacol, o combinaţie de imagini în care sunt angajaţi toţi membrii societăţii şi de la care nimeni nu se poate sustrage, decât cu riscul de a se autoizola sau de a se considera marginalizat.

Un rol esenţial în acest proces de înlocuire a valorilor cu forme lipsite de conţinut revine modelelor publicitare impuse propagandistic ca soluţii exemplare şi pe care masele le vor urma şi imita în mod automat, fără nici o critică. Aceste modele sunt reprezentate prin *personalităţi exaltate* (lideri politici, reformatori religioşi sau moralişti), *personalităţi captative* (staruri, vedete, idoli de cinema etc.), *personalităţi mesianice*, salvatoare (cu rol profetic), *personalităţi enigmatice* (vindecători, taumaturgi, persoane dotate cu forţe benefice sau malefice, vrăjitori, terapeuţi bioenergeticieni etc.), în fine, *personalităţi oculte* (diavolul, forţele răului, extratereştrii, organizaţii oculte mondiale etc.).

Aceste modele umane de referinţă, exemplare, ajung să exercite o presiune extrem de puternică, directă şi permanentă asupra maselor de indivizi, care vor fi dominaţi de ele. Întreaga viaţă socială şi „felul de a fi", de „a gândi", de „a se comporta", de „a vorbi", de „a se îmbrăca", de „a-şi aranja înfăţişarea" sunt imitaţii ale acestor modele formale.

Imitaţia modelelor vor da naştere unor pulsiuni de afirmare colectivă de factură imagistică ce vor lua aspecte demonstrative colective. Întreaga viaţă socială, conduitele umane vor imita, după un plan unic, modelele, în maniera zgomotoasă, agresiv afişată. Totul va avea aspectul formal de spectacol isteric la nivel social.

3. *Caracteristicile planului psihologic*

Efectele factorilor etiologici în geneza psihozelor colective depind de starea psihologică a grupului sociouman, asupra căruia aceştia acţionează. Pentru realizarea tablourilor de „psihoze colective" sunt necesare anumite „condiţii psihologice" ale grupurilor umane, caracterizate prin următoarele:

a) *Hiperemotivitate* cu exaltare emoţională. O stare de tensiune emoţională puternică, neexteriorizată va duce, în timp, la o stare de epuizare emoţională, cu apariţia unei stări de nesiguranţă şi de angoasă permanentă şi generală.
b) *Sugestibilitate* crescută a grupului sociouman, caracterizată printr-o receptivitate la produsele imaginarului colectiv, de factură iraţională. Acceptarea necondiţionată şi lipsită de orice fel de critică a unor „soluţii" cu caracter absurd, irealizabile.
c) Nevoia de *compensare a fricii*. Căutarea unor căi de „ieşire din situaţiile-limită" impuse de factorii sociali psihotraumatizanţi. Nevoia de securizare într-o lume care este percepută ca străină şi nesigură.
d) O mare capacitate de *adaptare patoplastică* la evenimentele şi schimbările lumii, cu caracter anomic, manifestate prin conduite aberante, acceptarea unor idei absurde, înlocuirea imaginarului iraţional cu gândirea logică, raţională. Adaptarea la o „lume absurdă" se face prin adoptarea unor „conduite absurde" şi a unor „modele de gândire iraţională".
e) În aceste condiţii, se produce o stare de *regresiune psihică* globală a grupului sociouman, caracterizat prin adoptarea unor reprezentări colective, cu valoare directoare în sfera

gândirii şi a conduitelor; tendinţa la imitaţie prin scăderea sau pierderea iniţiativei individuale; influenţare emoţională reciprocă printr-un proces de inducţie sugestivă colectivă; automatizarea sau „robotizarea" membrilor grupului sociouman; reprezentări colective unice care înlocuiesc gândirea logică individuală şi pe cea creativă.

f) Faţă de cele de mai sus asistăm la o *eliberare pulsională* primară de factură agresivă sau, dimpotrivă, la o retragere anxioasă de tipul conduitelor de refugiu. Ambele forme de manifestare atitudinală au ca rol compensarea sau chiar anularea efectelor psihotraumatizante ale factorilor etiologici asupra grupului sociouman.

4. *Manifestări în plan relaţional*

În plan relaţional, asistăm la importante modificări incriminate în configurarea psihozelor colective. În primul rând, trebuie avut în vedere faptul că schimbarea naturii relaţiilor interpersonale din interiorul grupului uman este efectul secundar al acţiunii factorilor etiologici şi al schimbărilor sociale şi psihologice ale grupului respectiv de indivizi. Un al doilea aspect deosebit de important este o „redistribuire" a statutului şi rolurilor în interiorul grupului. Aceasta constă în apariţia unui „lider charismatic", cu rol dominant, conducător şi a „grupului de indivizi" aflaţi sub influenţa dominantă a acestuia, care-l vor asculta şi urma necondiţionat.

Liderul este *un personaj simbolic* asupra căruia masele vor proiecta propriile emoţii, sentimente, idealuri, nevoi, frustrări, complexe etc. La rândul său, acesta se identifică cu „problemele" maselor, preluând asupra sa frustrările colective. Liderul apare ca „persoana salvatoare", mesianică, ce va „rezolva" problemele maselor. Prin aceasta, el se va substitui Supraeului colectiv, anulat prin degradarea valorilor sociale, culturale şi moral-religioase.

Existenţa tandemului alcătuit din lider şi mase va face ca orice fel de comunicare să fie unidirecţională, de la lider la mase. Această comunicare are caracterul unei „aşteptări" a unei soluţii salvatoare. Schimbările în planul relaţiilor interumane sunt determinate de următorii factori:

a) Starea de nesiguranţă, neîncredere, suspiciune, evitarea contactelor umane. Ea va fi compensată prin nevoia de asociere a indivizilor în scopul obţinerii unei garanţii de protecţie prin siguranţa oferită de apartenenţa la un grup.
b) Apariţia grupurilor de interese sau marginale care le oferă membrilor o identitate, un rol şi un statut pe care societatea nu le mai oferă. În plus, membrii grupului se vor identifica cu liderul lor printr-o relaţie de tip patern, întrucât acesta incarnează arhetipul tatălui protector.
c) Noile relaţii şi noul model de comunicare interumană vor obliga membrii grupului să adopte acţiuni şi conduite comune, dictate de lider, văzut ca „sursă de idei". Liderul „va gândi pentru mase", iar „masele, prin comportamentul lor, îşi vor urma necondiţionat liderul", datorită unui proces de inducţie sugestivă colectivă, favorizat de regresiunea psihologică globală a acestora.
d) Comunicarea şi relaţiile interumane vor imita formele propagandei. Ele vor deveni formale, lipsite de conţinut, un „limbaj vid" care va fi un „limbaj al zvonurilor şi al sloganurilor".

Aceste aspecte deformate şi absurde ale relaţiilor şi comunicării interumane sunt efectul factorilor negativi, antivalorici menţionaţi mai sus şi contribuie la consolidarea efectelor primare ale propagandei de persuasiune la care ne-am referit.

5. *Mutaţiile din planul valorilor*

Ultimul aspect incriminat în geneza psihozelor colective este legat de mutaţia valorilor, cu consecinţele sale asupra planului social şi uman. Aceasta este extrem de importantă, întrucât, aşa cum afirmam anterior, valorile sunt cele care contribuie la formarea Supraeului colectiv, prin intermediul căruia sunt normate şi controlate conduitele, acţiunile şi formele de gândire ale grupurilor umane.

Deprecierea valorilor sau pierderea totală a acestora vor duce la devalorizarea Supraeului colectiv, favorizând „eliberarea" conţinutului pulsional primar al inconştientului colectiv. Este consecinţa „crizei valorilor", a stării de anomie socială. Consecinţele sunt extrem de variate : în locul *valorilor tradiţionale*, pe care se întemeiază structurile sufleteşti ale maselor, apar *modele* care se succedă rapid, nepermiţând nici stabilitate, nici progres ; conţinutul valoric este înlocuit de clişeele formale ale imaginilor şi de „transferul publicităţii" în planul sufletesc uman, caracterizat prin „nevoia de a ieşi în evidenţă", prin nevoia de „faimă", care este expresia formală a unor conduite de factură demonstrativ-isterică.

Absenţa valorilor formativ-modelatoare şi cenzurate duce la diminuarea până la pierdere a criticii, a autocontrolului şi a responsabilităţii morale. Libertatea capătă o „nouă" accepţiune, devenind o formă de comportament liber, necenzurat, care va degenera rapid în forme aberante, violenţă sau conduite antisociale.

Valoarea persoanei este înlocuită cu valoarea colectivităţilor de indivizi, iar aceasta va fi transferată liderului comunitar, care va incarna sau va concentra în persoana sa toate valorile sub forma „puterii absolute". Este cazul liderilor-dictatori, prezenţi în toate epocile de criză ale istoriei umanităţii. Formal, liderul este simbolul „salvatorului", dar, în esenţă, el este imaginea Supraeului personal, represiv, care-şi impune autoritatea asupra maselor, asupra inconştientului colectiv, autoritate care, în final, va declanşa un conflict violent.

Devalorizarea socială va duce la înlocuirea valorilor socioculturale şi moral-religioase cu „ideologiile partizane" care vor fi impuse în mod obligatoriu maselor de indivizi drept unică formă de gândire, aşa cum este întâlnită în societăţile totalitare laice sau religioase. Se produce în timp o înlocuire a gândirii logice şi creatoare cu o gândire artificială de factură utopică, rezultat al ideologiilor. Asistăm la o „întoarcere" la formele mentalităţii primitive prelogice. În acest caz, totul va fi dominat, în planul gândirii colective, de iraţional.

Iraţionalul, ca model de gândire absurdă, va duce la construcţii mitice, fabulative, vaste sisteme de gândire proiectivă de factură „delirant-anomică", aşa cum vom arăta mai departe.

Pierderea reperelor valorice are o importanţă majoră în geneza modelelor de gândire ilogică, absurdă, specifice psihozelor colective, iar aceasta reprezintă unul dintre cele mai grave aspecte ale crizei sociale.

Din cele de mai sus se poate desprinde faptul că psihozele colective constituie o grupă extrem de complexă şi polimorfă de tulburări psihosociale, ce recunosc cauze şi condiţii specifice de dezvoltare. Dincolo de polimorfismul lor extrem, ele au aceleaşi mecanisme de producere şi constituie un grup bine individualizat de manifestări psihopatologice sociale. Mai mult decât atât, ele sunt expresia crizelor valorice sociale, cu consecinţe adânci asupra naturii umane, şi sunt întâlnite de-a lungul istoriei umanităţii sub forme diferite, dar având aceeaşi semnificaţie, aşa cum vom arăta mai departe.

42. Psihozele colective IV (Clasificare, forme, descriere)

Criterii de referinţă

Obiectul analizei în psihopatologia generală este *persoana umană*. În psihopatologia colectivă, obiectul este reprezentat de *colectivităţile socioumane*. Din acest motiv, pentru înţelegerea şi delimitarea tipurilor de manifestări psihopatologice colective este necesară stabilirea unor criterii metodologice la care să ne raportăm.

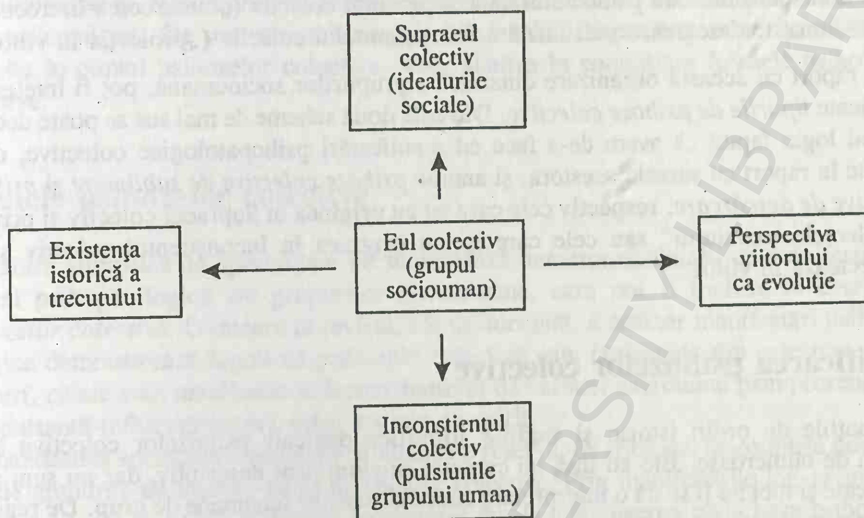
Elementul de referinţă care constituie totodată „obiectul" psihozelor colective este grupul sociouman, considerat ca reprezentând *Eul colectiv*. Acesta se dispune în planul realităţii prezente. Eul colectiv are două dimensiuni:

a) *Dimensiunea verticală*, structurală, reprezentată prin:
- *Supraeul colectiv*, sediul valorilor morale, spirituale şi culturale, cel care elaborează idealurile grupului social;
- *Inconştientul colectiv*, sediul pulsiunilor şi al trebuinţelor primare ale grupului, cel care elaborează materialul din care se formează conduitele şi acţiunile grupului respectiv.

b) *Dimensiunea orizontală*, dinamică, reprezentată prin istoria psihosocială a grupului, la care distingem următoarele:
- *experienţa istorică*, respectiv „biografia" sau trecutul psihosocial al grupului uman respectiv;
- *perspectiva viitorului*, sau orizontul deschis al evoluţiei istorice a grupului sociouman, aşa cum se poate vedea din schema de organizare a grupurilor socioumane.

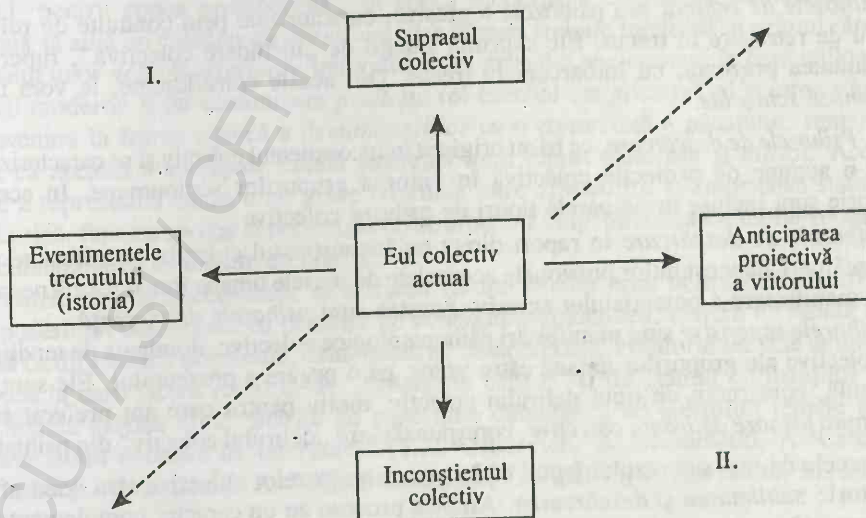
Această schemă de organizare dinamică a grupului sociouman ne va permite să înţelegem caracteristicile tipologice ale acestui atât de vast şi de polimorf domeniu reprezentat de psihozele colective.

Schema exprimă atât *structura psihologică* a grupului sociouman, reprezentată prin Supraeul colectiv, Eul colectiv şi Inconştientul colectiv, cât şi dinamica sa istorică sau *psihobiografia* grupului sociouman (trecut, prezent, viitor). La această schemă distingem două „zone" sau „tendinţe" de manifestare psihosocială a grupului uman respectiv, şi anume:



a) *zona de sublimare* psihoculturală a Supraeului colectiv, caracterizată printr-o „întoarcere în trecut", o reactualizare a evenimentelor, de regulă psihotraumatizante, din istoria psihosocială a grupului respectiv ;

b) *zona de descărcare* a pulsiunilor psihobiologice fundamentale ale Inconştientului colectiv, caracterizată, în principal, printr-o „proiecţie în viitor", o anticipare a evenimentelor, de regulă reparator-compensatorii, ale istoriei psihobiografice anterioare a grupului, aşa cum se poate vedea în schema de mai jos.



I – zona de sublimare psihoculturală a Supraeului colectiv („întoarcerea în trecut") ;
II – zona de descărcare pulsională a Inconştientului colectiv („proiecţia în viitor").

În raport cu această organizare dinamică a grupurilor socioumane, pot fi înţelese şi clasificate *tipurile de psihoze colective.* Din cele două scheme de mai sus se poate deduce în mod logic faptul că avem de-a face cu manifestări psihopatologice colective, diferenţiate în raport cu sursele acestora, şi anume *psihoze colective de sublimare* şi *psihoze colective de descărcare*, respectiv cele care îşi au originea în Supraeul colectiv şi privesc „problemele trecutului" sau cele care îşi au originea în Inconştientul colectiv şi se „proiectează în viitor".

Clasificarea psihozelor colective

Informaţiile de ordin istoric şi studiile ştiinţifice dedicate psihozelor colective sunt extrem de numeroase. Ele au însă un caracter predominant descriptiv, dar nu sunt nici clasificate şi nici nu li se dă o interpretare coerentă acestor fenomene de grup. De regulă, sunt tratate în capitolele de „istorie" a bolilor psihice sau sunt semnalate drept „curiozităţi" ale unor manifestări colective bizare, cu caracter patologic şi periculoase (A. Cabanés).

Plecând de la „criteriile" cuprinse sistematic în „schema organizării dinamice" a grupurilor socioumane, distingem două clase de *psihoze colective*, şi anume :

I. *Psihozele de sublimare*, care îşi au originea în Supraeul colectiv, cu referinţă asupra trecutului istoric al grupului social şi în care intră următoarele tipuri de psihoze colective :

1. *Psihozele idealiste* în relaţie directă cu Supraeul colectiv, manifestate prin tendinţele de afirmare, într-o manieră sublimată, a idealurilor maselor sociale. Acestea sunt *psihozele utopice.*
2. *Psihozele de refugiu* sau psihozele regresive, caracterizate prin conduite de refugiu sau de retragere în trecut. Ele exprimă situaţii de „închidere colectivă", rupere de realitatea prezentă, cu întoarcere în trecut. Din aceste considerente, le vom numi *psihoze schizoide.*

II. *Psihozele de descărcare*, ce îşi au originea în Inconştientul colectiv şi se caracterizează printr-o acţiune de proiecţie colectivă în viitor a grupurilor socioumane. În această categorie sunt incluse următoarele tipuri de psihoze colective :

1. *Psihozele de descărcare* în raport direct cu Inconştientul colectiv, manifestate prin descărcări ale tensiunilor pulsionale acumulate de masele umane într-o formă negativă de manifestare a potenţialului agresiv. Acestea sunt *psihozele de violenţă.*
2. *Psihozele expansive* sunt manifestări psihopatologice colective, dominate de tendinţele proiective ale grupurilor umane către viitor, ca o negare a prezentului. Ele sunt, de regulă, construcţii de tipul delirului colectiv, motiv pentru care am preferat să le numim *psihoze delirante colective*, corespunzătoare „delirului colectiv" din psihiatrie.

Din cele de mai sus rezultă faptul că în geneza psihozelor colective stau două grupe de factori : *sublimarea* şi *descărcarea.* Ambele procese au un caracter complementar şi urmăresc eliberarea sau evitarea, respectiv descărcarea şi sublimarea unor tensiuni ori conflicte, acumulate fie în Supraeul, fie în Inconştientul grupului socioumane.

Sublimarea şi *descărcarea* au aceeaşi semnificaţie, în cazul de faţă, precum cea din sfera psihanalizei. Ele sunt mecanisme prin intermediul cărora se produc manifestările întâlnite în cursul psihozelor colective. Vom analiza în continuare formele psihozelor colective.

Formele psihozelor colective

Literatura ştiinţifică de specialitate ne semnalează numeroase situaţii de manifestări şi acţiuni psihopatologice ale grupurilor socioumane, care pot fi incluse în categoria *psihozelor colective.* O trecere în revistă, cât de succintă, a acestor manifestări psihopatologice demonstrează faptul că psihozele colective sunt cunoscute din cele mai vechi timpuri, că ele s-au manifestat în forme deosebit de variate, exercitând prin prezenţa lor o importantă influenţă asupra stării sociale de spirit.

Întotdeauna societatea a adoptat o atitudine de rezervă, de frică sau de ostilitate deschisă faţă de grupurile de indivizi atinşi de psihoze colective. Prin manifestările lor, ei apăreau complet diferiţi de restul societăţii, fapt care a dus la convingerea că la baza psihozelor colective stă o *etiologie ocultă*, în raport cu *influenţele malefice* care acţionează din exterior asupra individului sau a grupurilor sociale de indivizi (diavol, vrăjitorie, magie, blestem, alianţa cu forţele răului), iar în epoca modernă *forţe necunoscute* (extratereştri, unde sau radiaţii electromagnetice radioactive, ascultarea-spionarea cu mijloace tehnice, influenţe telepatice, parapsihologice, efectele forţelor bioenergetice etc.). Se constată faptul că, deşi efectul este în toate situaţiile acelaşi, forma „cauzelor” are un pronunţat caracter „cultural”, corespunzător mentalităţii epocii respective, reflectând concepţia despre lume (*Weltanschauung*) în modelele de reprezentare şi interpretare a acestora.

În toate situaţiile, indiferent de momentul istoric la care facem referire, s-a impus ideea *că psihozele colective* sunt *stări de posesiune demoniacă*, demonopatii, înrudite cu păcatul, pentru epoca premodernă; în epoca modernă a civilizaţiei tehnologice, ele continuă să aibă un caracter de *posesiune*, dar aceasta trebuie înţeleasă în primul rând ca rezultatul unor *acţiuni exterioare* individului sau grupului socioumam, în care mijloacele tehnicii moderne şi de comunicare joacă un rol esenţial „explicativ” al acestor stări.

Revenind la forma clasică a *demonopatiilor* ca o consecinţă a păcatului, remarcăm faptul că această convingere statuta existenţa unui raport între *om* şi *diavol.* Această relaţie a reprezentat cauza unor grave conflicte între *demonizaţi* şi autoritatea statală şi ecleziastică, fapt care a dus la persecuţia celor dintâi, la culpabilizarea lor moral-religioasă şi la condamnarea la moarte ca eretici.

Formele cele mai cunoscute la sfârşitul Evului Mediu erau delirurile colective de tipul posesiunii demoniace cu caracter de contagiune epidemică, extrem de rapidă şi de extinsă ca difuziune : posesiune, demonolatrie, demonopatie, vrăjitorie etc. Ele aminteau, în epoca la care facem referire, de „ritualurile bahice” şi de „cultul coribanţilor” din Antichitatea clasică elină. Stările de posesiune demoniacă au constituit temele a numeroase studii deosebit de interesante (T.K. Osterreich, W. Szumowski, A. Cabanés, C. Ginsberg, M. Sendrail, A. Laignel-Lavastine, J. Vinchon, J. Lhermitte, M. Ristich de Groote).

O altă formă de psihoză colectivă menţionată istoric este reprezentată de *epidemiile convulsionare* (coreomania, tarantula, săltăreţii) din secolele al XVI-lea şi al XVII-lea.

Ele au constituit preludiul manifestărilor de isterie colectivă. Posedaţii convulsionari se caracterizează prin natura contagioasă a convulsiilor, senzaţii cenestopatice penibile cu localizare predominant utero-genitală, halucinaţii sau „viziuni" mistice, crize de nimfomanie şi extaz, stări de angoasă (epidemiile de la Loudun şi cele de la Saint-Medard etc.).

Psihiatria secolului al XIX-lea aduce numeroase contribuţii la studiul manifestărilor psihotice cu caracter colectiv. Termenul sub care circulă aceste manifestări în epocă, în literatura ştiinţifică de specialitate, este cel de *deliruri colective*. Începe să se vorbească despre relaţia dintre *contagiunea mintală* şi *psihozele colective* (Marie şi Bagenoff, Hoffbauer, Lehmann).

Lasègue şi Falret, care studiază fenomenul contagiunii psihice din cursul delirului colectiv, remarcă existenţa unor *elemente active* („contagionatorul" sau persoana inductoare) şi *pasive* („contagiatul" sau persoana indusă). În acelaşi sens, Régis vorbeşte despre *nebunia simultană*, iar Marandon şi Montyel disting următoarele forme: *nebunia impusă*, *nebunia simultană* şi *nebunia comunicată*. Se insistă în mod deosebit asupra procesului de *contagiune psihică* în geneza psihozelor colective (Régis, Vigouroux şi Juquelier, Schoenfeldt, Halberstadt, Régent).

Un interes particular îl prezintă, în cadrul acestui grup de tulburări psihice, *psihozele mistice* studiate de numeroşi specialişti (Ball, Ville, Babcock, Taguet, Woods). Marie şi Bagenoff fac o trecere în revistă a „psihozelor mistice" cunoscute în istoria Europei începând cu secolul al XV-lea şi pe care le consideră adevărate epidemii psihotice. Ele au caracterul menţionat mai sus, al demonopatiilor, al epidemiilor convulsionare, stări de posesiune colectivă sau de profetism, histerodemonopatii etc.

Un rol important în epocă l-au avut experienţele lui A. Mesmer referitoare la *magnetismul animal* şi observaţiile clinice ale lui J. Charcot asupra hipnozei şi isteriei. Ambele au adus în discuţie cu această ocazie noi aspecte ale psihologiei, psihopatologiei şi psihoterapiei, legate de procesul de *sugestie*.

Psihiatria secolului XX aduce importante contribuţii în cunoaşterea problemei psihozelor colective, prin lărgirea cadrului şi aprofundarea lui cu studiile de psihopatologie, antropologie psihologică şi psihiatrie transculturală (E. Kretschmer, M. Dide şi A. Guiraud, T.K. Osterreich, Y. Pelicier, E.D. Wittkower, B. Malinowski, R. Bastide, H.B.M. Murphy). Aceste studii deosebit de interesante au însă un caracter descriptiv-expozitiv, fără a încerca să explice mecanismele manifestărilor şi nici să găsească relaţiile dintre ele pentru a le clarifica natura.

Din multitudinea de cercetări vom menţiona ca direct implicate în tema de care ne ocupăm studiile lui E. Kretschmer, M. Dide şi P. Guiraud. E. Kretschmer studiază şi explică mecanismele *delirului senzitiv de relaţie*, care reprezintă forma modernă a vechiului *delir de posesiune*. La rândul lor, M. Dide şi P. Guiraud delimitează *psihozele delirante pasionale*, în cadrul cărora sunt incluse forme specifice tematic de paranoia: delirul mistic, delirurile reformatoare, utopice etc.

Din aceste studii reţinem faptul că, în cazul psihozelor colective, ne găsim în faţa unor forme bine delimitate de tulburări psihice cu caracter colectiv, de masă, care, din punct de vedere psihopatologic, recunosc aceleaşi mecanisme. În ceea ce priveşte însă aspectul formal al acestora, modul de a se prezenta, respectiv forma lor de manifestare, aceasta este expresia mentalităţii epocii respective, a valorilor, dar şi a crizei modelului sociocultural.

Vom încerca în continuare să facem o descriere a formelor de psihoză colectivă. Aşa cum am afirmat deja, se disting două grupe de psihoze colective, de *sublimare* şi de *descărcare*, în cadrul cărora remarcăm existenţa unor forme de manifestări psihopatologice.

1. *Psihozele idealiste*

Acest grup de psihoze colective este în relaţie directă cu Supraeul colectiv. Forma şi conţinutul lor tematic reprezintă o afirmare sublimată a idealurilor maselor. Aceste psihoze se pot prezenta sub diferite aspecte :

a) *idei reformatoare* sociale, politice, religioase, economice ;
b) *ideologii* sociopolitice, filozofice etc. ;
c) *doctrine* sau *proiecte utopice* de schimbare a lumii etc. ;
d) *pseudoştiinţe* care cultivă miracolul, misterul, forţele supraumane (bioenergia, terapii neconvenţionale, meditaţia etc.).

Tematica psihozelor idealiste are un caracter predominant ideativ. Ele, din punct de vedere funcţional, au în cadrul grupului social un rol compensator, oferind, în condiţiile anomiei sociale, o soluţie la criza socială a valorilor normative ale maselor.

2. *Psihozele de refugiu*

Acest grup de psihoze colective este în relaţie cu tendinţa manifestă de „întoarcere către trecut". Ele sunt psihoze de natură regresivă, situaţii de închidere narcisică, colectivă, de izolare din faţa realităţii prezente şi de „căutare" a unei alte realităţi prin „întoarcerea în trecut". Spre deosebire de psihozele idealiste, care sunt psihoze utopice, psihozele de refugiu sunt psihoze schizoide şi se caracterizează, din punct de vedere psihopatologic, prin următoarele trăsături :

- conduite de refugiu ;
- fenomene de regresiune, de regulă de factură isterică ;
- compensarea culpabilităţii colective prin autopedepsire ;
- ritualuri cu caracter sau semnificaţie de acte reparatorii ;
- manifestări de factură pasională ;
- refugiul în alcoolism sau consumul de droguri psihotrope halucinogene etc.

Din punct de vedere formal şi tematic, psihozele de refugiu pot lua aspecte dintre cele mai diferite, cum ar fi următoarele : grupurile hippy, secte religioase sau pseudoreligioase, suicid colectiv, ritualuri sacrificiale sataniste etc. Aceste manifestări au un caracter emoţional.

3. *Psihozele de descărcare*

Această categorie de psihoze colective se află în relaţie directă cu conţinutul pulsional al Inconştientului colectiv al maselor sociale. Pulsiunile reprimate ale maselor, acumulate în timp, dau naştere la o mare încărcătură tensională, care se descarcă exploziv şi haotic. Ele sunt considerate, din acest motiv, psihoze de descărcare pulsională. La baza acestui

tip de manifestări stă potenţialul agresiv, latent al maselor sociale. Descărcarea tensiunii psihice va lua aspecte diferite, care au drept factor comun de manifestare *violenţa*.

Din punct de vedere formal şi al conţinutului tematic, aceste psihoze colective se pot manifesta sub diferite aspecte :

- conduite de violenţă fizică, verbală, socială etc. ;
- conduite delictuale (bandele de delincvenţi, grupele marginale de tineri delincvenţi, crima organizată, grupările teroriste etc.) ;
- competiţii sportive dominate de violenţă (box, curse de tauri, lupte de cocoşi, câini etc.) ;
- festivaluri muzicale sau de dans modern, bazate pe ritm, care induc exaltarea simţurilor şi o stare de extaz fizic prin care este descărcată tensiunea pulsională primară ;
- confruntările dintre bandele rivale agresive etc.

4. *Psihozele expansive*

Această categorie de psihoze colective cuprinde manifestările psihopatologice de masă caracterizate printr-o proiecţie în viitor. Ele constau într-un refuz al prezentului, pe care doresc să-l înlocuiască cu un alt sistem de valori impuse. Aceste *mişcări contestatare* au la baza lor protestul, ca motivaţie a dorinţei de schimbare. În plan psihologic, avem de-a face cu o criză a identităţii. Masele nu se mai recunosc ca aparţinând unor valori uzate şi doresc să impună alte valori care să le reprezinte. De fapt, este vorba de o pierdere şi o căutare a identităţii, specifice perioadelor de criză socială a valorilor societăţilor anomice.

Soluţiile propuse sau adoptate în aceste *situaţii de criză socială* sunt, în marea lor majoritate, expresia unei confuzii sociale şi axiologice generale. Ele au un caracter de cele mai multe ori aberant, nefondat, luând chiar aspectul formal şi de conţinut al unor construcţii delirante de masă, colective. În sensul acesta, menţionăm, ca mai frecvente şi specifice, următoarele forme de manifestare :

- migraţia populaţională către alte regiuni sau ţări, diferite de cea de origine, ca expresie a căutării unei ordini şi unei siguranţe sociale care să anuleze angoasele şi să confere o identitate precisă şi sigură ;
- conduitele de panică, psihozele delirante având ca substrat angoasa, nesiguranţa în perspectiva viitorului legată sau raportată la teme catastrofice : sfârşitul lumii, apocalipsa, dezastre naturale (cutremure, inundaţii, epidemii devastatoare etc.) ;
- mişcări sociale de masă cu caracter protestatar, revendicativ sau de schimbare a ordinii sociale, de următoarele tipuri : proteste, marşuri, greve, revoluţii, lovituri de stat, terorism social, îndemnul la anarhie etc.

Cele prezentate mai sus pun în faţa noastră o dimensiune nouă, specifică şi de o mare complexitate şi specificitate a psihopatologiei grupurilor socioumane : *psihozele colective*. Expresie a traumatismelor psihice, a frustrărilor şi complexelor istorice ale maselor, ele constituie „materialul" din care vor fi elaborate manifestări psihopatologice colective. Considerate din acest punct de vedere, psihozele colective reprezintă un capitol special al psihopatologiei care trebuie raportat la dimensiunea socială şi antropologică a acestei discipline.

Dacă psihopatologia generală, având ca obiect persoana umană, studiază *fenomenele psihice morbide individuale*, psihopatologia socială are ca obiect de studiu *fenomenele psihopatologice colective* ale maselor sau ale grupurilor de indivizi. Aceste manifestări sunt indicatori preţioşi ai stării de *sănătate mintală a maselor*, ai echilibrului psihic al acestora. Dacă, în cazurile de tulburări psihice individuale, se acţionează terapeutic asupra „cazului clinic", în cazul tulburărilor psihice colective se impun măsuri de igienă mintală specifice, la care, în mod absolut obligatoriu, trebuie adăugate măsuri de reformă socială a sistemului de valori şi a tipului de relaţii interumane, de normare a regimului puterii în stat, măsuri de educaţie şi instrucţie corespunzătoare, care să asigure un echilibru stabil între regimul descărcării pulsiunilor Inconştientului colectiv şi regimul de normare valorică, moral-spirituală şi socioculturală a Supraeului colectiv. Toate acestea se înscriu în cadrul unui program complex de organizare sociopolitică şi economică a statului, precum şi în instituirea unor măsuri de psihoprofilaxie colectivă care să fie înscrise în programul de igienă mintală comunitară.

Orice societate umană are în interiorul ei, existente ca virtualităţi, dispoziţia către *bine*, conduite şi acţiuni pozitive care asigură progresul, şi dispoziţia către *rău*, conduite şi acţiuni care generează dezechilibrul, produc stagnarea, regresul, crizele anemice şi psihozele colective. Orice tendinţă de a crea o societate perfectă sau perfectibilă este o utopie sortită de la început eşecului.

Societatea trebuie controlată şi sprijinită de stat prin cultivarea valorilor moral-spirituale şi culturale, a conduitelor pozitive, menţinerea unui stil de viaţă normal, echilibrat ; stimularea membrilor societăţii prin educaţie, cultură, instrucţie ; formarea de personalităţi normale, de caractere responsabile ; reprimarea actelor sau tendinţelor antisociale sau prevenirea lor prin întărirea rolului instituţiilor sociale de bază în formarea individului şi progresul şi stabilitatea acestuia : *Familia*, *Şcoala* şi *Biserica*.

În condiţiile de echilibru social, economic, cultural şi moral, individul, ca şi grupul de indivizi, este singur. El îşi găseşte identitatea în modelul sociocultural căruia îi aparţine. Progresul social şi siguranţa socială sunt resimţite ca siguranţa şi prosperitatea sa personală. Relaţiile interpersonale şi dintre individ sau grupurile umane şi stat sunt fireşti. Statul este cel care „lucrează" pentru mase, iar masele se simt protejate de stat, văzând în acesta siguranţa şi garanţia unei vieţi normale.

Normalitatea şi forţa valorilor care guvernează statul sunt garanţia stării de sănătate mintală şi de echilibru comportamental, de adaptare a membrilor societăţii la realităţile vieţii. Nu soluţiile utopice, ci raţiunea trebuie să contribuie la ordinea sufletească şi morală a oamenilor, dar şi la ordinea şi echilibrul statului. Prin toate aceste aspecte, *psihopatologia socială* contribuie la înţelegerea unor fenomene psihosociale colective, oferind, alături de *igiena mintală*, soluţii la marile probleme sociale.

43. Psihopatologie transculturală (Aspectele etnoculturale comparate ale tulburărilor psihice)

Cadru general

În cadrul psihopatologiei antropologice și sociale, *psihopatologia transculturală* sau *comparată* ocupă un loc particular. Ea are ca obiect studiul interrelațiilor dintre diferitele culturi și bolile psihice. Din acest motiv, reprezintă aspectele etnoculturale comparate ale tulburărilor psihice. Ca o primă precizare, notăm că psihiatria transculturală sau *etno-psihiatria* este disciplina care se ocupă cu studiul afecțiunilor psihice specifice grupurilor etnice și culturale, interpretând aceste „manifestări psihopatologice" în raport cu normele și valorile socioculturale și moral-religioase care contribuie la formarea personalității indivizilor aparținând acestor grupuri.

Este cunoscut faptul că individul, persoana umană, nu este numai produsul biologic al eredității și al mediului său natural. El este, în mod egal, și produsul factorilor culturali, istorici, sociali și morali, religioși, pe care acesta îi interiorizează fie prin imitație, fie prin educație, începând din familie, din școală, din mediul sociocultural căruia îi aparține. El sfârșește prin a se identifica cu valorile mediului său, care-i marchează tipul de „personalitate etnoculturală", identitatea, modelul de gândire, formele de comportament, acțiunile, aspirațiile, reacțiile emoționale etc.

Dacă aceste aspecte sunt absolut clare și universal admise în psihologie, remarcăm faptul că ele sunt la fel de valabile și în psihopatologie, în ceea ce privește modalitatea de structurare a bolilor psihice, forma de manifestare și evoluția clinică a acestora, atitudinea față de bolnavii psihic și boala mintală, metodele de tratament etc. Fiecare societate „produce" propriii bolnavi psihic, în conformitate cu normele modelului sociocultural, după cum, în egală măsură, produce persoane normale.

Ideea diferențelor culturale dintre indivizi nu este nouă. Psihologia diferențială este astăzi una dintre disciplinele psihologice care studiază pe larg aceste aspecte. În mod egal, și studiile de psihopatologie transculturală s-au dezvoltat în mod corespunzător, cuprinzând o arie extrem de largă de teme.

Observațiile privind *variațiile culturale* ale bolilor psihice și, în special, existența în anumite grupuri etnoculturale a unor forme particulare, unice, de tulburări au atras atenția încă din cele mai îndepărtate timpuri. În scrierile hipocratice ne este semnalată și descrisă o boală curioasă, cunoscută sub numele de *boala sciților* și care se caracteriza prin faptul că la un anumit moment bărbații deveneau impotenți, adoptau o costumație,

conduite, ocupaţii şi un mod de viaţă feminin, schimbându-şi în felul acesta identitatea sexuală anterioară. Este prima dată când ne sunt semnalate în istoria medico-culturală a umanităţii cazuri de transsexualism, în care fenomenul de imitaţie şi contagiunea culturală jucau un rol esenţial.

Cercetările s-au dezvoltat considerabil începând cu secolul al XIX-lea, când a început să se pună problema unui *determinism cultural* în geneza bolilor psihice (Obersteiner, 1889; Kraepelin, 1904). Obersteiner numeşte aceste situaţii „psihiatrie exotică", iar Kraepelin face o amplă expunere a lor într-o lucrare intitulată *Psihiatrie comparată*. Putem afirma că din acest moment este inaugurat domeniul studiilor de *psihiatrie transculturală*. Meritul acestor prime studii constă în faptul de a fi semnalat existenţa unor diferenţe în ceea ce priveşte formele clinice de manifestare şi tipurile de evoluţie a bolilor psihice sub influenţa factorilor culturali diferiţi, pe de o parte, iar pe de altă parte, existenţa unor boli psihice specifice exclusiv unor arii culturale date, inexistente în altele, ca produse ale unor factori culturali autohtoni specifici.

În secolul XX, Şcoala Americană de Antropologie Culturală (A. Kardiner, R. Linton, R. Benedict, M. Mead), precum şi cea canadiană (E.D. Wittkower, H.B.M. Murphy, H.F. Ellenberger) aduc contribuţii deosebit de importante în cunoaşterea conduitelor, modelelor de gândire, a formării personalităţii, dar şi a varietăţii culturale a bolilor psihice în diferitele arii etnoculturale, delimitând, în felul acesta, cadrul *psihiatriei transculturale*. Sunt de remarcat în acest sens şi contribuţia şcolii de psihanaliză în explicarea, de către S. Freud (vezi *Totem şi tabu*), a fenomenelor culturale şi a manifestărilor psihice care decurg din ele, precum şi studiile de interpretare psihanalitică a manifestărilor psihice, normale şi patologice, efectuate de către B. Malinokwski (vezi *La sexualité et sa repression dans les sociétés primitives*).

Cercetările efectuate în acest sens au pus în evidenţă faptul că tulburările psihice, ca şi viaţa psihică normală, sunt modelate din punct de vedere formal de normele valorice ale modelului sociocultural, căruia îi aparţin indivizii grupului respectiv, în asemenea măsură încât ele vor avea ca manifestare o *specificitate culturală* extrem de marcată. Deşi universală ca extindere epidemiologică şi manifestare, boala psihică este specifică sub aspectul formei de manifestare pentru fiecare cultură particulară.

Din punct de vedere *psihopatologic*, avem două categorii de factori de referinţă: *normalul* şi *patologicul*. Dar, din punct de vedere *cultural*, la aceşti doi factori menţionaţi se mai adaugă şi un al treilea, specific acestei dimensiuni, şi anume *supranaturalul*, care cuprinde ideea de mister, de magic, de posesiune a bolnavului de către spirite benefice sau malefice.

E. Tanzi (1890) va face o interesantă remarcă privind similitudinea care există între credinţele magice şi superstiţii, pe de o parte, şi ideile delirante ale bolnavilor psihic, pe de altă parte, în special cu referire la bolnavii cu schizofrenie paranoidă. C.G. Jung va introduce teoria arhetipurilor, veritabile *imagini-forţă* construite în decursul istoriei culturale a umanităţii şi care pot fi în egală măsură întâlnite în contextul delirului bolnavilor schizofrenici.

Ne aflăm la limita a două planuri, în care factorii culturali au o valoare formativă puternică. Este vorba de planul raţional şi de planul iraţionalului. Privită din perspectivă culturală, sănătatea mintală, ca şi nebunia sau boala psihică ne apar ca produse ale culturii, care le dă forma, sensul şi dinamica specifică. A. Béguin (1952) afirmă că „fiecare individ este nebun în raport cu o societate dată".

O altă problemă care se pune este legată de faptul că bolile psihice, dincolo de aspectul lor clinico-psihiatric, pur medical, sunt şi produsul specific al unei culturi particulare. Aceasta se manifestă prin următoarele aspecte:

a) influenţa moravurilor, a credinţelor şi superstiţiilor asupra grupului etnocultural căruia îi aparţine bolnavul respectiv, cu efecte asupra acestuia;
b) influenţa atitudinii societăţii faţă de nebunie şi de bolnavul psihic.

Faţă de acestea se poate vorbi de o multitudine de factori cu efect patogen în geneza tulburărilor psihice:

a) factori *neculturali*: factori genetici-ereditari, climatici, alimentari, demografici, sociologici;
b) factori *pur sociologici*: modelele de educaţie, presiunile psihosociale, încurajarea unor anumite conduite patologice, schimbarea relaţiilor interumane etc.;
c) factori *culturali*: mobilitatea geografică, migraţiile populaţionale, schimbările culturale şi conflictele culturale, izolarea socioculturală etc.;
d) alţi *factori de natură psihobiologică*, dar cu efect cultural: creşterea duratei de viaţă, difuzarea medicamentelor analgezice şi psihotrope, creşterea factorilor de stres, suprasolicitarea individului prin mass-media.

Toate aspectele de mai sus configurează cadrul disciplinei sau al ramurii psihopatologiei transculturale. Scopul unei psihopatologii transculturale este de a explica natura diversităţii formelor de manifestare a bolilor psihice, de a surprinde ceea ce este universal la acestea (tulburarea psihică de fond) şi ceea ce este particular la fiecare (forma de manifestare, evoluţia şi semnificaţia atribuită) în raport cu factorii de variaţie culturală. Pentru a susţine aceste aspecte, vom prezenta în continuare aspectele tipologice ale tulburărilor psihopatologice de natură etnoculturală.

Tipurile de tulburări psihice etnoculturale

În această categorie de tulburări psihopatologice majoritatea specialiştilor includ tulburările psihice cauzate de factori specifici, existenţi în interiorul unor arii etnoculturale (H.F. Ellemberger). Acestea cuprind următoarele aspecte: boli psihice de origine organică local-endemică, boli psihice fără o cauză organică cunoscută. Le vom prezenta sintetic în cele ce urmează.

1. Bolile psihice cu o cauză organică specifică sunt circumscrise la o anumită arie geografică, dar şi etnoculturală. Acestea sunt:
   a) boli infecţioase şi parazitare;
   b) toxicomanii magico-religioase cu caracter de ritualuri (marijuana, peyotl etc.);
   c) toxicomanii comune care duc la obişnuinţă (opiu, haşiş etc.).
2. Bolile psihice fără o cauză organică cunoscută, dar care, ca şi precedentele, sunt circumscrise la o anumită arie etnoculturală şi sunt „modelate" de normele modelului sociocultural al grupului etnic respectiv. În această categorie de tulburări intră următoarele manifestări psihopatologice:
   a) reacţii morbide, de scurtă durată, de forme diferite ca manifestări şi evoluţie clinică:

- reacţii depresive;
- reacţii agresive difuze, cu agitaţie confuzivă sau stupoare (Amokul, crima reflexă, moartea psihogenă rapidă şi moartea psihogenă lentă);

b) dezvoltări morbide şi nevroze, cu evoluţie clinică constant organizată, cu o configuraţie clinică proprie, în care semnalăm următoarele tipuri de tulburări:
- nevroze de curăţenie, de factură fobic-obsesivă;
- vertijul de kayak, specific populaţiilor nord-groenlandeze;
- nevrozele de imitaţie prin contagiune psihică, întâlnite la populaţiile africane şi malaieziene (latahul, myriakitul, imu, koro, windigo).

3. La aceste grupe trebuie să mai adăugăm prezenţa unor afecţiuni psihice majore, comune majorităţii culturilor, reprezentate prin următoarele:

a) psihozele endogene: schizofrenia, psihoza maniaco-depresivă;
b) personalităţile psihopatice, în special cele de tipul devianţelor sexuale.

Tulburările psihice prezentate mai sus sunt manifestări psihopatologice în strictă dependenţă cauzală de factorii etnoculturali ce normează grupul social în care acestea apar, se manifestă şi evoluează. Dincolo de acestea, se mai descriu tulburări psihice care sunt cauzate de situaţii de *conflict intercultural* sau de *inadaptare culturală*. Este cazul unor persoane aparţinând unor culturi din medii socioculturale diferite. Vom analiza în continuare aceste aspecte.

Tulburări psihice cauzate de conflicte interculturale

Aşa cum s-a arătat mai sus, fiecare persoană este, dincolo de aspectele sale psihobiologice, şi produsul mediului său psihosociocultural, reprezentat printr-un sistem de valori culturale, morale, religioase, sociale care-l formează ca personalitate, dându-i o anumită identitate, un stil de gândire, un model de comportament etc.

Fiecare individ aparţine mediului său etnocultural, cu care se identifică, adaptându-se la acesta. Trecerea dintr-un mediu etnocultural în altul va duce la apariţia inevitabilă a unor situaţii serioase de adaptare, conflicte, dificultăţi etc. Aceste aspecte sunt cauzate de faptul că persoana care „intră" într-un mediu sociocultural diferit, străin de al său, va resimţi „rezistenţa" acestui mediu ca pe un „factor de opoziţie", cu semnificaţie de frustrare. Persoana se va simţi străină. Este cazul persoanelor care, din cauze speciale, părăsesc mediul lor de origine şi se refugiază în alte medii etnoculturale. Exemplul concludent îl reprezintă refugiaţii, emigranţii sau persoanele exilate.

Trecerea dintr-un mediu etnocultural în altul presupune, în mod firesc, un efort special de adaptare, de absorbţie a unor valori socioculturale noi, a unor noi modele de gândire, de comportament etc. Toate acestea vor determina nu numai o schimbare în plan comportamental a individului respectiv, ci, în multe cazuri, prin cerinţele de adaptare pe care le reclamă, pot duce la serioase modificări psihice, adesea de natură psihopatologică, de durată, cu consecinţe negative atât pentru persoanele „intrate" în noul lor mediu sociocultural, cât şi pentru autohtoni, care se vor simţi incomodaţi de cei nou-veniţi. Aceste „întâlniri" cu caracter de „interculturalitate" vor fi sursa unor ciocniri, conflicte sau situaţii de ostilitate deschisă.

Care sunt raporturile persoanelor care emigrează cu noul lor mediu sociocultural? Aceste raporturi decurg din modalitatea în care emigrantul percepe ţara-gazdă în raport cu ţara sa de origine şi de modalitatea în care este perceput emigrantul în ţara-gazdă de către autohtoni. Orice emigrant „aşteaptă" de la ţara-gazdă ceea ce i se refuză sau nu găseşte în ţara sa de origine. El intră cu un set de dorinţe, de speranţe, izvorâte din nemulţumirile şi frustrările existente în ţara sa de origine şi pe care le proiectează ca „posibilităţi" reale şi sigure în ţara-gazdă. Însă nu întotdeauna aceste expectative sunt valide, realizabile.

Emigranţii sunt întâmpinaţi cu rezerve, chiar cu ostilitate, adesea fiind refuzaţi. Aceasta va reprezenta o frustrare mai puternică decât cea resimţită în ţara de origine. Cei care se adaptează vor suferi o „schimbare notabilă a identităţii", adoptând noile norme de comportament şi gândire, specifice modului sociocultural al ţării-gazdă.

Aspectele prezentate mai sus demonstrează că ne aflăm în faţa unor fenomene de „ciocnire interculturală". Un „conflict" de regulă interior pe care persoana emigrantului este obligată să-l rezolve, să-l compenseze. Orice emigraţie este expresia unei stări de *nevroză a Eului*. Dorinţa sau nevoia de a emigra este legată de o absenţă a identităţii şi de căutarea acesteia. Persoanele care nu au o identitate originară sau cei care refuză identitatea modelului lor sociocultural o proiectează într-un alt mediu cultural: un „mediu al speranţelor" şi al „iluziilor" ideale. Este o atitudine proiectivă prin care această categorie de persoane îşi caută identitatea ca „ideal al Eului" în alt spaţiu cultural, în care speră sau cred că vor afla siguranţă, realizare, protecţie, înţelegere, un statut şi un rol care le sunt refuzate în ţara de origine.

Aspectele de mai sus ne revelează însă faptul că acest „conflict" este anterior celui dat de „întâlnirea" cu ţara-gazdă. Emigrantul pleacă din ţara sa din cauza unor dificultăţi de adaptare. El se consideră nedreptăţit, persecutat, nerecunoscut sau marginalizat din punct de vedere valoric. Emigraţia este o „conduită de fugă" din faţa unei primejdii sau a unei situaţii umilitoare.

Se poate vorbi despre o semnificaţie a conduitelor de emigraţie din punct de vedere psihanalitic? Da. În spiritul unei interpretări psihanalitice, emigraţia este atât refuzul, cât şi incapacitatea individului de a se identifica cu *ţara de origine* (simbolul *casei natale*), dar şi *cu poporul său* (simbolul *familiei proprii*). El refuză sistemul de valori personale, al modelului sociocultural căruia îi aparţine, respectiv *personalitatea de bază* (simbol al *arhetipului parental*). Acest aspect ne revelează că, de fapt, orice emigrant trăieşte o *situaţie oedipiană* de factură psihoculturală nerezolvată sau eşuată. El îşi neagă originea. O refuză, încercând să o găsească în altă parte. Ţara de adopţie va trebui să reprezinte pentru cel care „intră" în ea un model arhetipal, cu care să se identifice. Dar este necesar ca şi acest „model" să-l accepte şi să-l recunoască.

Toate acestea reunesc în final condiţiile psihopatologice care duc la edificarea unor situaţii conflictuale, stări de inadaptare nevrotică şi, în situaţii destul de dese, la dezvoltări psihotice de factură paranoică.

Raporturile care există între viaţa psihică, normală şi patologică, şi factorii culturali şi sociali pun probleme deosebit de interesante şi importante atât pentru psihologie, cât şi pentru psihopatologie.

Aşa cum este recunoscută psihologia diferenţială, în mod egal trebuie să acceptăm şi existenţa unei psihopatologii comparate, a unei psihopatologii etnoculturale sau transculturale. Starea de normalitate, cât şi cea de anormalitate, respectiv sănătatea mintală şi

boala psihică, sunt profund marcate de *valorile modelului sociocultural*. Persoana, sănătoasă sau bolnavă, aparţine unui anumit model şi, din aceste considerente, modelul îşi pune amprenta (*pattern*) atât pe aspectele normalităţii, cât şi pe cele ale anormalităţii acesteia.

Diferenţele dintre persoanele aparţinând unor grupuri etnoculturale diverse se întâlnesc şi în sfera patologiei psihice. Boala mintală îmbracă „forme culturale" de la o societate la alta şi de la un tip uman la altul, rămânând însă, în esenţa sa, o tulburare a proceselor psihice fundamentale.

Prin aspectele pe care le aduce în discuţie, psihopatologia comparată, etnoculturală reprezintă o deschidere în plus către înţelegerea universului uman al vieţii sufleteşti, dar, concomitent, şi un prilej de reflecţie privind diversitatea naturii persoanei.

44. Statul, boala psihică şi bolnavul mintal

Raporturile omului cu statul

Capitolele precedente au analizat aspectele tulburărilor psihice în planul colectivităţilor umane. Aceste tulburări psihice colective, care recunosc aceleaşi cauze, au forme de manifestări unitare şi cuprind grupe populaţionale importante numeric, au fost numite *psihoze colective*. Vom încerca să extindem analiza noastră asupra acestor fenomene pentru a căuta o altă explicaţie a lor, diferită de cea medico-psihiatrică.

Dintotdeauna nebunia a avut două accepţiuni : socioculturală şi medico-psihiatrică. Această „diferenţiere" trebuie înţeleasă în cadrul raporturilor care se stabilesc între *individ* şi *stat*.

Orice persoană umană aparţine unui grup, unei colectivităţi sociale ale cărei structuri, organizare şi dinamică sunt supuse normelor statului. Deşi individul sau grupul social se bucură de „drepturi", „libertăţi", „recompense" oferite de legile statului, în mod egal, el are faţă de stat „obligaţii", „datorii", „norme legale" care-i sunt impuse, iar dacă le încalcă, este sancţionat.

Între „drepturi" şi „datorii" se stabileşte un raport de echilibru, fixat de stat şi, în final, de structurile politice ale acestuia (organele executive ale puterii). Deşi aparent liber să gândească şi să acţioneze, individul sau grupul social nu-şi pot permite, în fapt, nimic în afara „drepturilor" prescrise de lege. Or, acest fapt suprapune „drepturile" cu „datoriile". Dreptul meu de „a fi liber" nu trebuie să aducă atingere „datoriilor mele faţă de stat".

Problema care se pune, în cazul acesta, pe primul plan este cea a libertăţii. Dincolo de aspectele sale psihologice şi morale, ea capătă o semnificaţie sociopolitică şi judiciară. În sensul acesta, libertatea individuală sau colectivă va depinde în mod direct de „gradul de permisiune", precum şi de „formele de libertate" oferite cetăţeanului de legile statului respectiv. Prin urmare, atât *individul*, cât şi *grupul de indivizi* sunt liberi numai în limita „drepturilor" care le sunt stabilite şi acceptate de către stat.

În felul acesta, aşa cum afirmă J. Maritain, între naţiune, pe de o parte, *corpul politic* şi stat, pe de altă parte, se stabilesc nişte relaţii speciale. Natura acestor relaţii este esenţială, întrucât stabileşte, în final, normalitatea şi anormalitatea comportamentelor, acţiunilor şi modului de a gândi – atât ale individului, cât şi ale grupurilor socioumane.

Dincolo de aspectele pur psihologice şi morale, instituţiile şi normele statului stabilesc sau, mai exact, statuează, în virtutea „legilor" sale, ceea ce este normal şi ceea ce este anormal. În sensul acesta, normalitatea este înţeleasă ca fiind „conformitatea" cu legile statului, iar anormalitatea reprezintă tot ceea ce „contravine" legilor statului. Din

această perspectivă, anormalitatea se distanţează considerabil de semnificaţia sa patologică, devenind, în primul rând, atitudine şi acţiune antisocială. Asistăm în felul acesta la o „deplasare" sau, mai exact, la o „reinterpretare" în sens social-juridic a conceptului de anormalitate, care apare ca o situaţie de violare a „interdicţiilor" impuse de stat şi de puterea politică a naţiunii. Această etichetare social-juridică a „anormalităţii" este justificată de stat ca o măsură preventivă şi represivă a actelor antisociale ale anormalităţii care, prin natura lor, pun în pericol viaţa, bunurile şi liniştea cetăţenilor, precum şi stabilitatea instituţiilor sociale.

Rezultă în mod clar faptul că, din punctul de vedere al statului, normalitatea reprezintă acceptarea „interdicţiilor", iar anormalitatea, refuzul sau chiar violarea lor. În sensul acesta, atitudinea statului faţă de anormalitate ne apare plină de ambiguităţi, ca o formă mascată de autoprotecţie a instituţiilor sociale şi a organizării politice în raport cu „ordinea" statuată.

Cine determină această atitudine, pe care, de altfel, nimeni nu o contestă, fiind unanim acceptată şi considerată ca fundamentul unei convieţuiri sigure în societate? La această întrebare J. Maritain răspunde: acţiunea de represiune şi control pe care o exercită asupra naţiunii, considerată ca grup comunitar uman, corpul politic şi statul. Acest punct de vedere este acceptat de majoritatea specialiştilor (J.W. Burgess, G.B. Phelan, H. Laski). Ideile respective îşi au originea în doctrinele filozofice ale secolului al XVIII-lea, la Kant, Hobbes, Rousseau şi Hegel.

Putem afirma că raporturile omului sau ale grupurilor umane cu statul se exprimă prin acţiunile pe care le exercită asupra acestora corpul politic şi statul. Corpul politic reuneşte „instincte, pasiuni, reflexe, un dinamism şi structuri psihologice inconştiente, tot acest ansamblu fiind supus nevoilor prin constrângere legală, comandată de o idee, şi de decizii raţionale", afirmă J. Maritain. Spre deosebire de acesta, „Statul este acea parte a corpului politic al cărei obiect special este menţinerea legii, promovarea prosperităţii comune şi a ordinii publice... fiind, prin aceasta, o parte specializată a intereselor tuturor" (H. Laski).

Statul este o suprastructură cu rol cenzurat şi de reglare a conduitelor, acţiunilor şi ideilor grupurilor umane. El este, după Hegel, „incarnarea ideii supreme" sau „o formă de Supraeu colectiv". În felul acesta, relaţiile dintre stat şi om sau grupuri umane se constituie unidirecţional, dinspre stat către individ. Aceasta implică norme cu caracter restrictiv, interdicţii şi sancţiuni. Individul sau grupul le acceptă ca „necesare" până la un anumit punct, dincolo de care le resimt ca frustrări sau reprimări, vizând în primul rând libertatea, cu toate consecinţele care decurg de aici.

Având în vedere aceste aspecte, rezultă în mod firesc faptul că, în sfera sociopolitică, boala psihică are o cu totul altă semnificaţie, diferită de cea medicală, iar bolnavul psihic va avea un statut particular, aşa cum rezultă din raporturile acestuia cu statul.

Semnificaţia sociopolitică a bolii psihice

Abaterea de la normalitate în planul vieţii psihice (mod de a gândi, acţiuni, conduite, relaţii şi comunicare interpersonală) are semnificaţii multiple. Deşi, în esenţa ei, ea reprezintă acelaşi fenomen psihic morbid, interpretarea care i se dă şi semnificaţia ce

decurge din această interpretare sunt diferite. Acest aspect al *nebuniei* pune probleme deosebite şi, mai ales, impune o *redefinire* a acesteia. Încă din opera lui Platon (*Charmides*, *Gorgias*, *Protagoras*, *Banchetul*, *Legile*) remarcăm faptul că Socrate făcea distincţie între „nebunia culturală", considerată ca un „dar al zeilor", o stare de „inspiraţie poetică", „transă oraculară", „eresul" sau „entuziasmul bahic", şi *nebunia ca boală* - tulburare a minţii care ţine de sfera medicală. Dar, odată cu aceasta din urmă, Socrate aduce în discuţie şi „latura socială" a nebuniei, subliniind „periculozitatea antisocială" a actelor de conduită ale bolnavilor psihic, care periclitează ordinea socială, prescriind în sensul acesta măsuri de prevenţie şi de protecţie socială a cetăţii împotriva nebunilor (*Legile*, 10, d-e).

Cele două forme de nebunie, culturală şi medicală, au coexistat permanent. Sfârşitul secolului al XVIII-lea şi începutul secolului al XIX-lea aduc însă în discuţie redefinirea nebuniei ca manifestare socială. Acest aspect se impune din două motive : nevoia de a se face o delimitare între boala psihică individuală, care este în primul rând şi poate exclusiv un fapt medical sau, mai exact, medico-psihologic, şi tulburările psihice colective sau psihozele colective, analizate de noi în capitolele precedente şi care reprezintă „fenomene psihosociale anormale" ale colectivităţilor umane. Dacă „boala psihică" a individului este o „tulburare medicală", se poate spune acelaşi lucru despre „psihozele colective" ? Putem oare *medicaliza* sau, mai exact, *psihiatriza* masele, utilizând aceleaşi criterii ca în cazul clinicii psihiatrice ? Nu ! De altfel, acest aspect a fost pe larg analizat în capitolele precedente şi nu vom mai reveni asupra lui. Nu susţinem însă prin aceasta faptul că psihozele colective nu reprezintă fenomene psihice morbide ale maselor, dar natura morbidităţii lor este diferită de cea a bolilor psihice individuale. Răspunsul la această problemă îl găsim în raporturile dintre stat, nebunie şi bolnavul psihic.

Este absolut clar faptul că, deşi avem de-a face cu acelaşi tip de fenomen psihic morbid, ne situăm pe două poziţii diferite ca „atitudine" faţă de acesta : *atitudinea medicală* şi *atitudinea socială*.

În plan medical, problema nebuniei, considerată ca boală psihică, este bine delimitată. Ea este o tulburare a personalităţii şi conştiinţei individului, resimţită sau percepută ca o „schimbare a naturii umane" a acestuia, atât de el, cât şi de către cei din jurul său. În sensul acesta, *boala psihică* intră în domeniul patologicului şi ni se înfăţişează ca o formă a *suferinţei umane*. Medicina, în speţă psihiatria, va avea ca obiect „boala psihică".

Cu totul altfel stau lucrurile în planul social. Aici „semnificaţia" nebuniei este înţeleasă şi definită în funcţie de raporturile dintre stat şi individ sau, mai exact, dintre stat şi bolnavul mintal. Aceste relaţii bazate, cum spuneam anterior, pe „drepturi" şi „obligaţii" pun problema *statutului social al bolnavului psihic*. Acest „statut special" este expresia legalizată a atitudinii (rezultat al unei anumite mentalităţi) de „respingere" şi de „izolare" a bolnavului psihic de către restul societăţii. În planul mentalităţii sociale, al *Weltanschauung*-ului, nebunia apare ca o „împotrivire", ca un „act de negaţie" a ordinii sociale (norme, legi, cutume), dar şi a puterii politice (refuzul de a se supune acestor legi). Din acest motiv, din punct de vedere social, „boala psihică" nu mai are semnificaţia unei „suferinţe medicale", ci a unei „abateri de la normele sociale", o negare a valorilor morale, religioase, sociale şi culturale. Din aceste considerente, bolnavul psihic „se rupe de societate". Statul îl refuză şi-l „izolează", justificând această atitudine fie ca pe o „protecţie socială", fie ca pe o „măsură de siguranţă preventiv-terapeutică" impusă

acestuia. În fond, statul „se teme” de nebuni şi îi refuză. Este, din punct de vedere formal, o atitudine de autoprotecţie firească ; în esenţa lor însă, lucrurile stau cu totul altfel.

Statutul bolnavului psihic este temporar. El durează atât timp cât evoluează din punct de vedere clinic boala şi tratamentul administrat. Odată ameliorată sau chiar remisă starea clinică, bolnavul iese de sub îngrijirea medicală, reintrând în familie, profesiune, societate, ca oricare alt individ. Din acest moment, clinica psihiatrică încetează de a-şi mai exercita acţiunea sa de supraveghere şi tratament.

În plan social, mai exact în relaţiile statului cu bolnavul psihic, lucrurile stau însă cu totul altfel. Nebunia este resimţită ca infamată, ca un pericol social. Eticheta de *bolnav psihic* devine un stigmat care va persista încă multă vreme, chiar după vindecarea bolnavului. Trecutul acestuia, psihobiografia lui, chiar „antecedenţii”, în cazul în care există şi sunt cunoscuţi, vor greva serios asupra persoanei sale, asupra statutului său social. Chiar dacă nu va fi „respins” de societate, suspiciunea faţă de acesta nu va dispărea uşor sau nu va dispărea deloc.

Rezultă din cele de mai sus faptul că semnificaţia pe care statul o atribuie bolii psihice are un pronunţat caracter sociopolitic. Statul vede în boala psihică un act de împotrivire, o abatere de la ordinea şi normele sociale, culturale, morale, religioase şi juridice. Din acest motiv, statul îi va atribui bolnavului psihic un anumit *statut*, care, sub intenţia formală a „protecţiei terapeutice”, nu va face altceva decât să-l izoleze şi să-l marginalizeze.

Boala psihică se va încadra în sfera „periculozităţii sociale” a actelor „antisociale”, iar bolnavul psihic va fi considerat un potenţial sau activ „violator” al ordinii şi legilor sociale. Ceea ce reprezintă însă o notă particulară este faptul că „absenţa discernământului”, a „conştiinţei faptelor comise” face ca aceste persoane să nu răspundă penal de consecinţele actelor comise. Iresponsabilitatea sau responsabilitatea parţială faţă de actele comise îi scot pe bolnavii psihic în afara legii, dar nu modifică întru nimic raporturile lor cu statul.

Atitudinea statului faţă de bolnavii psihic

Atitudinea statului faţă de bolnavii psihic vizează, aproape în exclusivitate, aspectele formale ale *locului* acestora în societate şi ale *libertăţii* lor de gândire, de mişcare, de comunicare şi acţiune. Aceste aspecte se regăsesc în două domenii : mentalitatea societăţii referitoare la nebunie şi instituţionalizarea bolnavilor psihic. Le vom analiza în continuare.

1. *Modul de „a gândi” nebunia*

Modul de „a gândi” nebunia cuprinde totalitatea reprezentărilor pe care statul şi le construieşte şi le formulează referitor la nebunie şi la bolnavul psihic. Acestea se regăsesc în mentalitatea despre nebunie şi bolnavul psihic, proprie fiecărei societăţi în parte. În general, distingem mai multe atitudini care contribuie la formarea acestei mentalităţi. Acestea sunt : atitudinea socială, atitudinea moral-religioasă şi atitudinea medicală. Le vom dezvolta în continuare.

Atitudinea socială vizează, în primul rând, statutul social al bolnavului psihic. Ea este cea care-i atribuie o anumită „etichetă de separare" în raport cu ceilalţi indivizi, consideraţi normali. Bolnavul psihic este privit cu suspiciune din cauza imprevizibilului conduitelor şi acţiunilor sale, potenţialmente antisociale. În spatele „măsurilor de protecţie socială" se ascund „teama societăţii" şi chiar „repulsia" faţă de bolnavii psihic. Asistăm, în felul acesta, la un act de segregare, prin care statul şi puterea politică vor opera o separaţie între *bolnavii somatic* (consideraţi social nepericuloşi, cu excepţia celor cu boli infectocontagioase) şi *bolnavii psihic* (consideraţi social periculoşi). La aceasta se mai adaugă falsa concepţie a „incurabilităţii" bolnavilor psihic, care, prin natura afecţiunii lor, devin „neproductivi" şi „ineficienţi" social, reprezentând în consecinţă o povară care „încarcă bugetele" statului obligat la întreţinerea lor.

Atitudinea moral-religioasă diferă, la rândul ei, în raport cu confesiunea. Nebunia este o „alterare a creaţiei divine", o stare de „impurificare", iar bolnavul psihic un „posedat". Din acest motiv, nebunia este condamnată, iar bolnavul psihic evitat sau izolat ca infamat. În decursul istoriei, consideraţi ca „posedaţi de diavol", mulţi bolnavi psihic au fost arşi pe rug, ca act purificator, sau încarceraţi în azile speciale. Ulterior, de la „culpabilizare" nebunia s-a deplasat în registrul „ruşinii". A fi bolnav psihic este o ruşine care trebuie ascunsă. Acest aspect poate fi întâlnit şi astăzi în medicină, când unii bolnavi sau familiile acestora solicită medicilor de specialitate să declare „diagnostice uşoare" sau, pe cât posibil, să nu pronunţe „diagnostice psihiatrice" care ar putea invalida sau marginaliza ulterior individul în plan social, familial, profesional etc.

Atitudinea medicală, ca de altfel şi celelalte de mai sus, a variat în decursul epocilor istorice. Ceea ce caracterizează atitudinea medicală de factură psihiatrică este tendinţa de „a vedea" peste tot „tulburări psihice" şi „personalităţi anormale" de diferite forme, intensităţi şi stadii de evoluţie. Prestigiul profesiunii medicale implică o notă de „savantă superioritate" care o separă de „profanii nespecialişti". Această atitudine aduce o notă de mister care este proiectată asupra diagnosticului clinic şi o notă de miracol, asociată tratamentului bolii; ambele rezervate exclusiv medicului, considerat un maestru al „artei medicale".

În materie de boală mintală, cel care hotărăşte în mod definitiv şi irevocabil şi ale cărui decizii nu pot fi discutate sau contestate decât tot de confraţii săi este psihiatrul. De diagnosticul stabilit de psihiatru, autoritate necontestată şi expert în domeniu, depind starea actuală, dar, mai ales, viitorul bolnavului. În plus, statul îşi va institui şi va justifica „măsurile" pe care le adoptă faţă de boala psihică şi faţă de bolnavul mintal pe decizia psihiatrului. În felul acesta, psihiatria şi psihiatrul devin simboluri. Psihiatria va fi o prelungire a statului, iar psihiatrul va avea atribute similare puterii politice. Vom vedea în continuare ce decurge din această situaţie.

2. *Instituţionalizarea bolnavilor psihic*

Instituţionalizarea este o consecinţă şi o prelungire a „modului de a gândi nebunia" şi a „atitudinii statului faţă de bolnavul mintal". Ea se manifestă sub forma unei instituţii medico-psihiatrice de asistenţă supravegheată, terapie şi recuperare, vizând restaurarea stării de sănătate mintală a bolnavilor psihic.

În marea lor majoritate, bolnavii psihic resimt spitalizarea ca pe o „încarcerare". Scoaterea lor din familie şi din grupul social şi „intrarea" lor în „comunitatea terapeutică"

formată din bolnavi psihic şi personal medico-psihiatric de specialitate constituie o situaţie psihotraumatizantă (sursă de angoase, nesiguranţă, impresia de abandon şi mai ales obligativitatea acceptării „statutului de bolnav psihic").

Instituţionalizarea reprezintă izolarea care poate merge până la „ruptura" definitivă a bolnavului de propria familie şi de grupul său social. În marea majoritate a cazurilor, instituţionalizarea bolnavilor psihic adaugă „bolii psihice" pentru care bolnavul a fost internat şi *nevroza de spitalizare*, situaţie adesea greu de evitat, cu caracter represiv--conflictual, pe care acesta este obligat să o accepte, fără a avea dreptul să protesteze.

Dincolo de aceste *instituţii totalitare* (P. Sivadon, Ph. Rappard), noile metode terapeutice (psihofarmacologia, psihoterapiile individuale şi de grup, terapiile ocupaţionale şi socioterapia) au creat *instituţii terapeutice deschise* care nu mai „separă" *spaţiul psihiatric* de *spaţiul social*, ci constituie o „prelungire" sau o „continuare" a acestuia din urmă, prin „deschiderea" şi „permeabilizarea" comunicării şi a circulaţiei bolnavilor între „instituţia terapeutică" şi „societate".

Există însă şi o a treia formă de instituţionalizare psihiatrică, asupra căreia vom insista în mod deosebit. Ea are un caracter special şi, dacă din punct de vedere formal păstrează aspectul şi modul de organizare a „spitalului de psihiatrie", ca destinaţie şi funcţionalitate are un pronunţat caracter „antimedical", dictat de interesele statului ; mai exact, este o „prelungire mascată" a puterii politice. Este vorba de instituţiile psihiatrice destinate disidenţilor politici, celor care prin convingerile lor politice, prin acţiunile şi propaganda pe care le desfăşoară aduc prejudicii ordinii de stat, instituţiilor şi chiar unor personalităţi politice.

Trebuie să delimităm însă, în mod precis, structura şi funcţiile acestei instituţii psihiatrice represive. Avem de-a face cu două tipuri de structuri :

a) spitalele de psihiatrie închise, supravegheate, în care sunt internaţi pe termen lung bolnavi psihic care au comis acte antisociale de o extremă gravitate, recidivişti incurabili, de regulă criminali patologici, fără discernământ şi, în consecinţă, iresponsabili din punct de vedere legal şi cu un potenţial crescut de periculozitate antisocială ;
b) spitalele de psihiatrie, în care sunt internate persoane care, prin convingerile lor politice, prin propaganda publică şi acţiunile lor, se opun ordinii statului. Acest sistem de reprimare mascat sub eticheta „bolii psihice" este, incontestabil, un grav atentat la drepturile fundamentale şi libertăţile omului, la libertatea de opinie, de exprimare, de întrunire, de acţiune sociopolitică etc.

Semnificativ este faptul că aceste instituţii apar, proliferează şi funcţionează în interiorul statelor totalitare, sub regimurile dictatoriale din secolul XX, iar prezenţa lor a stârnit numeroase acţiuni de protest, polemici şi dispute politice, sociale şi juridice.

Cu toate acestea, *instituţiile psihiatrice represive* menţionate îşi au originea în legea privind „Regimul alienaţilor şi libertatea individuală" votată de Parlamentul Franţei şi în vigoare din anul 1838, iar G. Bernard Shaw face o impresionantă şi zguduitoare relatare a acestor instituţii în lucrarea sa *Asiles d'aliénés politiques en Amérique et plus près de chez nous*. Ambele au precedat literatura pe aceeaşi temă a lui A. Soljeniţîn şi a celor care i-au urmat. Vom încerca să explicăm în continuare acest fenomen.

Sociogeneza nebuniei

Rezultă în mod clar din cele de mai sus că societatea are un rol covârşitor în geneza nebuniei (H. Damaye, A. Mitscherlich, Ph. Rappard, P. Sivadon, C. Enăchescu). Fiecare tip de societate are bolnavii săi psihic şi creează „formele clinice de nebunie" care îi sunt specifice. Acest proces de „configurare formală" a tablourilor clinice ale nebuniei depinde de modelul sociocultural şi moral-spiritual, de sistemul de valori al acestuia şi noi am preferat să-l numim *fenomenul de socioplastie psihopatologică*, fapt de altfel confirmat de datele de psihiatrie transculturală sau etnopsihiatrie (E. Kraepelin, A. Yap, H. Ellenberger, Y. Pelicier).

Raportul dintre psihiatrie şi viaţa civilizată din societate, dirijată de legile statului, ne revelează o nouă latură a psihiatriei. Dacă, din punct de vedere medical şi psihologic, boala psihică este aceeaşi în esenţa ei, bolnavul psihic este produsul societăţii sale.

H. Damaye, care a consacrat un studiu extrem de nuanţat raporturilor psihiatriei cu civilizaţia, afirmă că „alienistul vede peste tot nebuni", specificând că „psihiatrul vede, în viaţa liberă, dar frământată, numeroşi anormali mintal sau sexual". Această „viziune psihiatrică asupra vieţii" creează o mentalitate, o atitudine critică şi nuanţată a vieţii sociale. Rezultă de aici, în mod clar, că, dincolo de funcţia sa pur medicală, psihiatrul are şi un rol precis în stat (A. Damaye, Ph. Rappard, M. Foucault, D. Cooper, A. Laing, A. Szasz, C. Koupernik). Rolul psihiatrului în stat este de a „crea", de a „formula" şi de a susţine cu argumente ştiinţifice „imaginea socială a nebuniei" şi de a delimita prin aceasta „rolul social al bolnavului psihic".

În Antichitatea clasică, nebunul era plasat în registrul tragicului ; în Evul Mediu era posedat de diavol şi damnat ca eretic impur, în Renaştere devine personaj plasat în registrul comicului : bufon. Iluminismul deschide perspective medicalizării nebuniei, pe care o separă de religie şi morală. Nebunul este declarat bolnav psihic. Epoca romantică aduce o notă de separaţie situând la antipozi „nebunia" şi „geniul" în sfera teoriei destul de elastice a „degenerescenţei" (A. Morel, V. Magnan, C. Lombroso). Epoca modernă şi contemporană diversifică problematica nebuniei prin intervenţia unor noi modele de gândire : psihanaliza, psihopatologia, psihologia medicală, psihiatria clinică şi socială, psihoterapia. Din acest moment, „suferinţa psihică" este integrată în planul existenţei umane, ca fapt ontologic, inaugurându-se prin aceasta studiile de antropologie psihiatrică (V.E. von Gebsattel, L. Binswanger, R. Kuhn, A. Zutt, E. Minkowski, M. Manfredi, D. Cargnello).

Statul însă, dincolo de aspectele menţionate, anexează psihiatria intereselor puterii politice. Din nou, bolnavul psihic devine un damnat. El va prelua, într-o formă modernizată, adaptată vremurilor, printr-un proces de socioplastie, „forma" şi „rolul" demonizaţilor Evului Mediu, devenind persoană antisocială. *Ereticul posedat de diavol* din Evul Mediu este astăzi *disidentul politic paranoic* care se opune presiunilor, interdicţiilor, reprimării caracteristice statului totalitar. Pentru a doua oară în istorie, după experienţa *demonizaţilor* Evului Mediu, *disidenţii politici* ai secolului XX sunt victimele ideologiilor totalitare.

Culpabilizarea bolnavilor este de fapt o falsă problemă. Ei sunt victimele unui stat, ale unei puteri politice care se impune prin teroare. Tensiunea socială, nesiguranţa,

angoasa, insecuritatea, absurdul vieţii vor constitui „o stare de spirit" generală, o veritabilă *psihoză colectivă a fricii*, prin preluarea de către masele sociale a culpabilităţii statului şi a puterii politice.

Această situaţie creată va da naştere unei reacţii protestatare de un tip particular, extrem de semnificativă în deceniile VI şi VII ale secolului XX – mişcare cu caracter ideologic declanşată de filozofi şi psihiatri nonconformişti (M. Foucault, A. Laing, D. Cooper, A. Szasz, C. Koupernik). Este vorba despre *curentul antipsihiatric*.

Antipsihiatria nu rezolvă problema conflictului dintre stat, boala psihică şi bolnavul mintal, ci operează un act de transfer proiectiv al culpabilităţii colective a statului şi puterii politice asupra psihiatriei şi psihiatrilor. În virtutea noii ideologii, nu statul este cel vinovat. Vinovăţia aparţine psihiatrilor, care, în virtutea autorităţii lor profesionale, au „confiscat puterea politico-socială" şi au „inventat boala psihică" în scopul represiunii sociale.

Nebunia este „creaţia psihiatrilor", iar în final, instituţionalizarea (care serveşte intereselor de stat şi politice) a cetăţenilor incomozi pentru regimul politic, etichetaţi drept „bolnavi mintal", aparţine psihiatrilor, deveniţi „agenţi ai puterii politice".

Fireşte că absurditatea acestui punct de vedere este expresia unei crize profunde a statului pe multiple planuri, a unei crize sociale care exprimă „ruptura" dintre statul totalitar şi masele populare în plan psihologic, încercând să deculpabilizeze statul prin culpabilizarea psihiatriei. Antipsihiatria devine o falsă problemă care face grava confuzie între boala psihică şi statutul social al bolnavului psihic, între medicină şi structurile sociopolitice.

Condiţia de „bolnav mintal" face ca individului să i se impună interdicţii. Dar aceste interdicţii nu trebuie privite sau utilizate în scop represiv, ci terapeutic şi restaurator. Şi, mai ales, este absolut interzis să fie utilizată autoritatea social-juridică a psihiatriei în a eticheta drept „nebuni periculoşi" persoanele care, prin opiniile şi acţiunile lor protestatare, se opun statului. Sunt două puncte de vedere absolut diferite, care nu pot şi nu trebuie să fie confundate şi pe care vom încerca să le clarificăm în continuare.

Nebunia ca temă de reflecţie filozofică şi socială

Se poate desprinde din cele de mai sus complexitatea fenomenului nebuniei, al suferinţei psihice. Aspectele sale multiple fac ca aceasta să reprezinte o temă care, dincolo de dimensiunea sa medicală, interesează filozofia, ştiinţele morale, religia, cultura şi sociologia.

Definirea nebuniei pare, din considerentele de mai sus, extrem de dificilă sau aproape imposibilă. Ea este „ruptura" sau „răsturnarea" umanului. O „altă imagine" a omului. Un „alt fel de a fi" al fiinţei umane. Boală în sens medical, ea este totuşi „un alt fel de suferinţă" comparativ cu bolile trupului. Este o suferinţă sufletească şi morală. Din aceste considerente, înţelegerea nebuniei ne conduce către două surse : miturile nebuniei şi epistemologia psihiatrică, ambele având pretenţii explicative.

Miturile nebuniei, dincolo de aspectul lor formal, raportează nebunia la o răsturnare a sistemului de valori moral-spirituale şi cultural-religioase. Nebunia ca „posesiune

demoniacă" este abaterea de la normă, de la lege. Ea este impurificare şi *păcat*. Nebunul este „un altfel de om". Un damnat. În cazul acesta, „nebunia" apare ca o pedeapsă pentru păcatele comise de individ, pentru abaterea acestuia de la legea morală şi divină, iar terapia sa este exorcismul.

Epistemologia psihiatrică priveşte nebunia ca pe o tulburare a vieţii psihice, ca expresie a „fenomenelor psihice morbide" care înlocuiesc „fenomenele psihice normale". Ea este înţeleasă ca o dezorganizare a sistemului personalităţii, ca o dereglare funcţională ca urmare a unor cauze externe (exogene) sau interne, a unor dispoziţii patologice constituţionale (endogene). Tratamentul medical vizează înlăturarea cauzelor care au produs boala, în scopul restabilirii stării de echilibru psihic.

Aceste idei despre nebunie readuc în discuţie problema normalităţii şi cea a anormalităţii. În cazul nostru, nebunia ca abatere de la norma vieţii echilibrate şi egale are două sensuri :

a) este o stare de dezechilibru psihic al sistemului personalităţii şi conştiinţei bolnavului, care afectează raporturile cu realitatea, acţiunile, comunicarea şi conduitele sale ;
b) este o schimbare în planul valorilor morale şi culturale, prin negarea acestora, mai mult chiar, prin încercarea de a le schimba, înlocuindu-le cu altele, aşa cum vedem în cazul delirului.

Modul de „a gândi delirant" este o „contrazicere" sau chiar o „negare" flagrantă a raţiunii logice. „Gândirea delirantă" este absurdă, ilogică, imposibilă ; totuşi, este o modalitate de a gândi altfel, de „a gândi patologic". O gândire care reflectă universul interior al paranoicului, al schizofrenicului, al parafrenicului. La fel pot fi etichetate gândirea obsesională sau delirul melancolic, ca absurde şi negative, dar ele reprezintă totuşi „modalităţi de gândire" ale unei fiinţe umane.

Dar între *raţiunea logică* şi *gândirea delirantă* este o „ruptură" pe care o vedem, dar pe care nu o putem înţelege. Sunt lucruri absolut diferite. Ea este mai mult decât o simplă separaţie. Este o diferenţiere. Este „altceva". Ceva care ar putea fi comparat cu raportul dintre vis şi realitate sau cu relaţia dintre real şi ireal. Realul şi irealul, deşi paralele, nu sunt superpozabile? Logic, ele se refuză reciproc şi, din acest motiv, nu sunt compatibile. La fel se poate spune despre „raţiune" şi „delir". Raţiunea se întemeiază pe valorile logice de adevăr. Delirul începe acolo unde valorile logice de adevăr se estompează sau dispar complet. Raţiunea este inteligibilă şi explicită. Delirul este ininteligibil şi absurd. Raţiunea descoperă şi clasifică. Delirul construieşte, fabulează şi interpretează. El nu clarifică, ci uimeşte. Raţiunea răspunde, pe când delirul fabulează. Enunţurile raţiunii sunt posibile, pe când enunţurile delirante sunt imposibile. Raţiunea este bazată pe realitate, delirul pe irealitate.

Se poate constata că, dincolo de dimensiunea pur psihologică şi medicală ca „simptom" clinico-psihiatric, delirul, „nebunia" este „un alt mod de a fi al umanului".

Înţelegerea medicală a nebuniei ca boală psihică este, în final, o „tehnică" de gândire diagnostică şi de practică terapeutică. Dar aceasta nu acoperă în întregime problema.

Nebunia trebuie înţeleasă ca „fenomen uman", raportată la un sistem de valori logice, morale şi culturale, cu care să fie comparată şi eliminată prin excludere. Rezultă de aici faptul că nebunia ar fi o altă modalitate de „a înţelege" normalitatea şi anormalitatea în domeniul vieţii psihice.

Acceptând aceste puncte de vedere, vom admite că, prin intermediul psihopatologiei, psihiatria se descoperă, dincolo de latura sa medicală, ca ştiinţă umană. Viitorul psihiatriei, o disciplină cu o istorie atât de agitată, de controversată, depinde de permisivitatea ideilor şi atitudinilor umaniste care să-i precizeze sensul şi conţinutul, transferând-o din sfera tehnică a unei „specialităţi" exclusiv medicale în registrul antropologiei.

Această atitudine ar crea premisele unei deschideri, cu perspective multiple şi dintre cele mai fructuoase, în sociologia bolilor mintale, revizuind şi reformulând raporturile dintre stat şi bolnavul psihic în spiritul unui umanism deschis şi constructiv, orientat către progresul fiinţei umane.

45. Psihopatologia şi etica

Cadrul general al problemei

Dezvoltarea cunoştinţelor teoretice într-un domeniu atrage după sine numeroase modalităţi de utilizare practică a datelor ştiinţei respective. Primite iniţial cu interes şi entuziasm, ulterior rezultatele practice ale cunoştinţelor ştiinţifice ridică probleme noi, neprevăzute, adesea chiar stânjenitoare sau chiar contrare intenţiilor noastre. Având în vedere aceste aspecte legate de neprevăzutul cercetării şi al cunoaşterii ştiinţifice, se impun o anumită rezervă privitoare la modalitatea de utilizare a descoperirilor şi cunoştinţelor ştiinţifice, o anumită responsabilitate pe care orice cercetător sau specialist şi-o asumă în materie, atunci când aplică sau utilizează în practica curentă datele, tehnicile şi concluziile ştiinţifice.

Acestea, din ce în ce mai numeroase în ultima vreme, ca o consecinţă firească a evoluţiei şi difuzării cunoştinţelor ştiinţifice, au pus probleme serioase de atitudine etică faţă de societate din partea specialiştilor. În cadrul eticii generale a ştiinţei, etica medicală ocupă un loc important. Ea are ca element central responsabilitatea cercetătorului sau specialistului faţă de bolnavul său. Orice act medical este o încercare, o practică fie asupra trupului, fie asupra sufletului bolnavului. Bolnavul, omul aflat în suferinţă, aşteaptă şi cere de la medic soluţia salvării : tratamentul care să elimine starea de boală şi să-i redea sănătatea pierdută sau pusă în pericol. Medicul sau psihologul sunt dublaţi de imaginea mitică a salvatorului, în care pacientul îşi proiectează speranţa. În felul acesta, bolnavul „investeşte" terapeutul cu „virtuţi salvatoare", ceea ce implică asumarea unei responsabilităţi în primul rând profesionale, dar şi morale din partea medicului şi a personalului de îngrijire medicală.

Dubla răspundere, medicală şi morală, creează o anumită atitudine, dar şi o anumită mentalitate atât pentru medic şi personalul de îngrijire, cât şi pentru bolnavii aflaţi în suferinţă. Aceasta va construi o anumită atmosferă relaţională între medic şi bolnav, dincolo de aspectele vizibile ale actului medical. Responsabilitatea este corelată cu încrederea. Ele sunt conjuncte şi creează o alianţă secretă, interioară, simpatetică între medic şi bolnav. Încrederea este o prelungire a speranţei către certitudine, convingerea că medicul salvator poate reda sănătatea bolnavului. Toate aceste aspecte construiesc *etica medicală*.

Înţelesul eticii medicale reprezintă o idee şi o acţiune morală care se construiesc plecând de la situaţia concretă oferită de starea de boală. Schimbarea sau simpla alterare trecătoare a naturii umane prin suferinţă, prin boală, aduc în existenţa persoanei umane forme de trăire. Aceste forme sunt preluate de medic. Etica este prin urmare şi o atitudine morală dublată de o atitudine profesională de factură medicală faţă de boală.

o relaţie în care bolnavul cere, iar medicul oferă. Totul trebuie să se desfăşoare sub semnul imperativ al principiului *primum non nocere, deinde salutare**.

Ajutorul medical este un act uman, o acţiune morală ce are la bază sentimentul de compasiune, milă, coparticipare, dorinţa de a ajuta, de a face bine semenului aflat în suferinţă. El nu este numai un tip de activitate profesională „învăţată", ci este şi o acţiune morală ce are la baza ei o vocaţie, „deschiderea" către omul aflat în suferinţă.

Dar, dincolo de aspectele individuale ale eticii medicale, ea se profilează şi ca o atitudine faţă de boală şi de bolnav, ca o mentalitate care depăşeşte individul, fiind înscrisă în modelul sociocultural al societăţii căreia îi aparţin atât bolnavii, cât şi medicii, personalul de îngrijire, instituţiile medicale, dar şi societatea în general. Acest aspect este deosebit de important, întrucât, în final, el este cel care, prin normele modelului sociocultural, determină şi construieşte atitudinile şi mentalitatea societăţii faţă de boală şi bolnav.

De regulă, societatea face o separaţie netă între bolnavi şi medici, pe de o parte, şi restul societăţii, pe de altă parte. În mod firesc, nici o societate nu iubeşte boala. Ea este un fenomen temut şi nedorit. Sperie şi totodată dezgustă. Bolnavii sunt compătimiţi. Medicii, respectaţi şi cultivaţi ca necesari. Ei sunt rezerva de speranţă la care societatea apelează atunci când apare pericolul bolilor.

Boala, la rândul ei, are şi ea două conotaţii. Pe de o parte, este alterarea stării de normalitate, care este înlocuită cu cea de anomalie, iar pe de altă parte, este imaginea mitică, terifiantă a pericolului identificat cu pedeapsa raportată la o stare de vinovăţie. Fiecare bolnav se întreabă: „De ce eu?" – ca o interogaţie morală, subiectivă în faţa schimbării sau a pierderii stării de echilibru, de normalitate, de sănătate. La rândul ei, societatea va identifica boala şi bolnavii cu o pedeapsă pentru o vinovăţie.

Remarcăm, în mod surprinzător, faptul că etica medicală nu este numai o relaţie de un anumit tip, special, între medic şi bolnav. Ea este şi o relaţie de un tip special între societate şi boală, cu implicaţii asupra bolnavului, mai exact asupra statutului acestuia. Lucrurile sunt deosebit de pregnante mai ales în cazul bolilor cronice cu evoluţie fatală prin incurabilitatea lor (cancerul, bolile degenerative ale sistemului nervos, SIDA etc.). Un loc particular îl ocupă, în sensul acesta, boala psihică şi bolnavul mintal. Ne vom ocupa în continuare de aceste aspecte, raportate la relaţia etică în sfera psihopatologiei.

Raportul vinovăţie/boală

Etica nu reprezintă numai un cod de norme exterioare. Ea are şi o semnificaţie interioară, în cazul ştiinţei. Această semnificaţie interioară este deosebit de subtilă şi complexă, întrucât reflectă raporturile care se stabilesc între ştiinţa respectivă şi motivele sale, pe de o parte, iar pe de altă parte, vizează intenţiile respective. Prin motive se înţeleg factorii care mă conduc către cunoaşterea ştiinţifică respectivă, tot ceea ce constituie domeniul ştiinţific respectiv. Intenţiile reprezintă totalitatea acţiunilor pe care eu le urmăresc la obiectul ştiinţei respective.

În sensul eticii ştiinţifice, rezidă, pe de o parte, motivaţiile, iar pe de altă parte, intenţiile mele faţă de obiectul supus cunoaşterii. O atitudine care pendulează între *de ce* şi *pentru că*. Aceasta presupune că orice domeniu ştiinţific este dublat, dincolo de

* „Mai întâi să nu facem rău, apoi să vindecăm" (lat.) (n.r.).

aspectele sale factologice, de nişte *mobiluri psihomorale* ale cercetătorului sau practicianului. Orice cunoaştere ştiinţifică trebuie să explice sau să motiveze ceva. Aceasta ar fi însăşi esenţa etică a ştiinţei respective. Să ne întoarcem la psihopatologie.

Ce urmăreşte să motiveze psihopatologia atât în plan ştiinţific, cât şi moral? Semnificaţia nebuniei şi a bolnavului psihic. Desigur că, în plan formal, psihopatologia este disciplina care studiază fenomenele psihice morbide, în conformitate cu o metodologie riguros specifică, cu un plan sau model de gândire şi cu un scop precis. Ce se află însă dincolo de aceste „intenţii metodologice"? Care este semnificaţia morală a acestora?

Din punct de vedere etic, psihopatologia pune în discuţie o problemă esenţială: Care este semnificaţia nebuniei? Este nebunia un fenomen uman sau este o boală? Este nebunia un fenomen ontologic sau o suferinţă medicală? Şi una, şi alta. Mai exact, este un fapt ontologic medicalizat. Dar, spre deosebire de celelalte boli, mai precis de bolile somatice ale trupului, boala psihică, nebunia, este şi o stare de spirit – prin urmare, o suferinţă morală care apasă şi schimbă natura umană, transformă persoana, o copleşeşte. Orice boală este resimţită ca suferinţă, dar nebunia este trăită ca o suferinţă morală care apasă, care răscoleşte conştiinţa.

Semnificaţia morală a nebuniei rezidă în faptul că ea este percepută şi etichetată ca *vinovăţie*, ca o *pedeapsă*, ca o stare de *posesiune* a individului de către ceva *impur*, care-i alterează natura sfârşind prin a o schimba.

Omul bolnav este suferind. Bolnavul psihic sau nebunul depăşeşte suferinţa. El devine altul prin nebunie. Este o fiinţă stranie, de neînţeles, schimbată. Bolnavul seamănă cu noi, pe când nebunul este străin de noi. Bolnavul trezeşte milă. Nebunul inspiră teamă şi repulsie. Cu bolnavul se poate comunica. Cu nebunul orice comunicare este anulată. De bolnav te apropii. De nebun te îndepărtezi. Aceste atitudini sunt cauzate în primul rând de o mentalitate socială ce are la *bază frica de nebuni*, proiectată, extinsă asupra bolnavilor psihic. Este mai uşor, mai simplu de acceptat să fii bolnav decât să fii nebun; în boală nu-ţi pierzi natura umană, statutul de om. Continui să fii om. Dar, în cazul nebuniei, natura umană se dizolvă, este pierdută şi, odată cu aceasta, şi statutul de om. Nebunul iese din societate. Este un personaj damnat. Aceasta este tema etică a psihopatologiei. Mai exact, „imaginea etică" a nebuniei, care se generalizează asupra nebunului ca personaj ce incarnează nebunia.

Pentru societate, nebunia este expresia unei vinovăţii. Bolnavul psihic este considerat un personaj damnat, asupra căruia sunt proiectate vinovăţiile colective. În decursul istoriei sale culturale, nebunia a avut, printre altele, şi rolul de a „prelua" culpabilităţile colective ale societăţii. Societatea este cea care proiectează, transferă asupra „nebuniei" propriile „probleme", ca în cazul unui catharsis colectiv, similar unui scenariu tragic. Nebunia este, dincolo de faptul clinico-psihiatric, un fenomen sociocultural care absoarbe culpabilitatea socială. Ea are un rol esenţial, de menţinere, în mod paradoxal, a stării de echilibru şi puritate socială. Tot ceea ce este impur, străin valorilor morale este proiectat în registrul nebuniei. Nebunia absoarbe răul şi vinovăţia, purificând în felul acesta societatea.

Orice societate evită nebunia. Caută să o ascundă. În orice societate există boli care sunt recunoscute şi de care *se vorbeşte* (*bolile somatice*) şi boli care nu sunt recunoscute, care se ascund şi de care *nu se vorbeşte* (*bolile psihice*).

Tendinţa societăţii de „a ascunde" bolile psihice şi bolnavii mintal are în primul rând o semnificaţie morală. Nebunia este infamată, întrucât de ea se leagă o anumită atitudine

etică dată de ruşine, teamă, culpabilitate. Dar, în egală măsură, orice societate se simte răspunzătoare de nebunie, de propriii nebuni. Acestea apar în interiorul societăţii respective ca un produs al acesteia. Nici o societate nu este pură. Nici o societate nu poate evita nebunia. Culpabilizând nebunia şi pe nebuni, societatea devine responsabilă de prezenţa acestora. Din aceste considerente, ea urmăreşte să-i ascundă. În unele situaţii, aceştia sunt pedepsiţi sau excluşi din societate.

Ceea ce se desprinde din cele discutate este faptul că „germenii" nebuniei sunt virtual existenţi în societate. Din acest motiv, ei nu pot fi nici evitaţi, nici anulaţi atunci când există. Sunt forme naturale. Să vedem în continuare ce atitudine ia societatea, în plan psihologic şi moral, faţă de nebunie şi bolnavii psihic.

Sublimarea psihomorală a nebuniei

Dacă societatea este cea care generează nebunia, tot ea este cea care pune în acţiune mijloacele de anulare sau de „mascare" a acesteia. Refuzul social al nebuniei se manifestă, din punct de vedere psihomoral, prin actele de sublimare a formelor sau manifestărilor sociale ale nebuniei.

În plan formal, direct şi deschis, societatea nu poate respinge sau refuza nici nebunia şi nici bolnavii psihic. Ea are datoria de a-i accepta şi proteja. Vom vorbi mai departe despre aceste aspecte. Faptul de a-i accepta pe bolnavii psihic presupune însă o *schimbare de opinie* faţă de nebunie. Aceasta s-a realizat prin transferul nebuniei din planul *cultural* şi *moral* în planul *medical* şi *ştiinţific*. Medicalizarea nebuniei nu a fost numai un fapt firesc de a-i recunoaşte statutul de boală mintală în raport cu cel de sănătate mintală. A reprezentat totodată, din punct de vedere moral, o anulare a atitudinii rejective prin adoptarea unei atitudini de înţelegere şi acceptare ştiinţifică a acesteia de către societate.

Ce a reprezentat de fapt *medicalizarea nebuniei*? Din punct de vedere psihanalitic, un proces de *sublimare* prin care atitudinea societăţii faţă de nebunie şi bolnavii psihic era transferată din planul eticii în cel al medicinei. Povara *culpabilităţii* era convertită în *boală* şi recunoscută ca atare. Din acest moment, conflictul dintre societate şi nebunie/bolnavi psihic este anulat. Medicalizarea nebuniei:

- sublimează frica de nebuni şi de boala psihică;
- anulează ideea că nebunul este o persoană infamată, conferindu-i statutul de bolnav, de om în suferinţă;
- anulează „ruşinea de a fi nebun", înlocuind-o cu respectul şi grija datorate bolnavului;
- anulează culpabilitatea proiectată asupra bolnavilor psihic, transformând-o în suferinţă similară oricărei alte boli;
- societatea, din acest moment, îşi asumă faţă de bolnavii psihic (şi de boala mintală) responsabilitatea de a-i ocroti şi de a le acorda îngrijiri de specialitate ca oricărei alte categorii de bolnavi.

Sublimarea psihomorală a nebuniei prin *schimbarea atitudinii* societăţii faţă de aceasta restabileşte o stare de echilibru între societate şi nebunie. Recunoscând demnitatea umană pierdută pentru nebuni, societatea se eliberează de faptul de a-i fi

culpabilizat. Remarcăm prin aceasta că de fapt vinovăţia de „a fi nebun" aparţinea societăţii, care proiecta asupra acestora propriile tare negative. Anulând aspectul infamat al nebuniei, societatea se reabilitează din punct de vedere moral, sfârşind prin a se disculpabiliza la rândul său.

Din acest moment, societatea nu-i mai „ascunde" pe nebuni, ci va institui măsuri de protecţie a acestora, care nu sunt altceva decât formele sublimate ale primelor. Asistăm nu numai la o schimbare a mentalităţii, ci şi la o schimbare a decorului şi terminologiei sociale referitoare la nebunie şi nebuni. Trebuie să vedem în aceasta o veritabilă atitudine etică compensatorie.

Formele *protejate* şi formele *reprimate* ale nebuniei

Trecerea de la *reprimarea* la *protejarea* nebuniei şi a bolnavilor psihic este o chestiune de „atitudine etică", aşa cum spuneam mai sus. Este o „altă faţă" a umanului, binevoitoare ca formă şi reparatorie în conţinut. Ea exprimă o anumită relaţie secretă între psihopatologie şi etică.

Anularea barierelor care „izolau" nebunii de societate este însă diferenţiată. Ea va privi toate aspectele care au pentru societate semnificaţia de pericol. Sentimentul de *culpabilizare* este însoţit de cel de frică. Societatea defineşte şi delimitează pericolul pentru a se pune la adăpost de acesta. Ea va justifica această segregaţie ca pe o formă de protecţie raportată la conservarea valorilor. Răul trebuie izolat sau chiar exclus din lume.

Prima acţiune este marcată prin delimitarea şi definirea răului moral care este corelat cu pericolul social. În sensul acesta, societatea desemnează trei registre:

a) bolile psihice şi bolnavii mintal;
b) perversiunile sexuale şi persoanele care le practică;
c) actele de violenţă criminală şi criminalii.

Fiecare dintre aceste categorii va avea un regim de atenţie socială special. Această delimitare traduce existenţa unui conflict social intern. Anormalitatea, „răul" îşi are originea în înseşi structurile sociale, iar societatea este cea care luptă împotriva acestuia pentru a se separa de el. Îl etichetează ca „străin", „ostil", „contrar" naturii sale şi luptă ca să-l elimine. Este un act de purificare, o atitudine etică de apărare, dar şi o recunoaştere indirectă a faptului că acest „rău" îi aparţine, că el este produsul său.

Societatea delimitează răul, dar afirmă prin aceasta că urmăreşte să-l îndrepte. Orice reprimare este diferenţiată în raport cu nivelul la care se adresează şi urmăreşte, formal, o remediere a răului, prin instituirea unor măsuri de protecţie. Este protecţia socială sinceră sau nu? Formal, da. Totuşi, în sine, ea ascunde aceeaşi teamă ancestrală de pericol. Protejând, ea îi închide prin delimitare de restul societăţii pe nebuni, pe perverşii sexuali, pe criminali etc. Este o atitudine firească şi necesară, cel puţin pentru prevenirea extinderii răului. Dar este şi o atitudine etică? Formal, da, pentru că protejează şi stimulează binele. Dar această etică este unilaterală, întrucât vizează, în primul rând şi în principal, interesele societăţii şi, în subsidiar, pe cele ale acestor *categorii marginalizate* de către societate. Din aceste considerente, problema nu este deloc simplă şi nici uşor de acceptat. Este o etică a intereselor şi a compromisului, a cărei semnificaţie este mai mult de transfer al culpabilităţii sociale asupra acestor categorii de indivizi. Să ne oprim însă cu analiza noastră asupra raporturilor dintre etică şi psihopatologie.

Raporturile eticii cu psihopatologia

Am arătat mai sus că între psihopatologie şi etică există o relaţie specială, datorată faptului că, studiind fenomenele psihice morbide, psihopatologia adoptă faţă de acestea nu numai o atitudine ştiinţifică, ci şi o atitudine umană, preluată din sfera antropologiei, căreia îi aparţine.

Spre deosebire de psihiatrie, care vede în nebunie o „boală" şi în persoana alienatului un „bolnav psihic", psihopatologia caută să descifreze, dincolo de aparenţele clinico--medicale, semnificaţia umană a nebuniei şi natura bolnavului psihic. Este cu totul altceva. O altfel de atitudine, în primul rând etică, faţă de obiectul analizei sale. Să vedem în ce constau aceste aspecte.

Psihopatologia înlocuieşte *frica de nebunie* cu dorinţa de a *cunoaşte şi înţelege nebunia* în primul rând ca pe un fenomen uman pe care nu-l separă de toate celelalte aspecte ale umanului. Din acest moment, nebunia devine obiect de studiu, domeniu de reflecţie, în care sunt descoperite „aspectele refuzate ale umanului". Psihopatologia afirmă că nebunia nu este „o stare de rău", ci „o altă faţă a umanului". Ea este inseparabilă de persoana umană, ca şi starea de sănătate mintală, cu care trebuie permanent comparată şi înţeleasă ca o formă de complementaritate a acesteia.

Concluziile psihopatologiei nu sunt, din acest motiv, numai de ordin ştiinţific, ci şi de ordin moral. Descoperind şi demonstrând faptul că nebunia este expresia unor fenomene psihice morbide, psihopatologia va compensa complexul colectiv de culpabilitate a societăţii faţă de nebunie şi de bolnavii psihic.

Nebunia încetează de a mai fi o „vinovăţie", o „pedeapsă". Ea se integrează umanului şi este cognoscibilă şi înţeleasă ca atare. Persoana umană poate fi la fel de bine sănătoasă sau normală psihic, după cum, în egală măsură, poate fi alienată sau bolnavă psihic. Sănătatea şi boala sunt virtualităţi egal posibile ale fiinţei umane. Ele nu trebuie aliniate răului sau binelui.

Aceste concluzii ale psihopatologiei, care reaşază nebunia pe un alt sistem de valori, construiesc concomitent şi o altă atitudine etică faţă de bolnavii psihic şi boala mintală. Această etică exclude atât ruşinea, cât şi vinovăţia. Nebunia exclusă şi anatemizată se reîntoarce acceptată în registrul umanului prin psihopatologie.

Care sunt efectele practice, din punct de vedere etic, ale concluziilor psihopatologiei pentru boala psihică şi bolnavul mintal?

În primul rând, acestea constau în *deculpabilizarea nebuniei* şi instituirea unei atitudini de înţelegere ştiinţifică a acesteia; în al doilea rând, în adoptarea unei *atitudini caritabile*, în perceperea bolnavului psihic ca pe o persoană aflată în suferinţă, iar a bolii psihice ca pe o experienţă sufletească negativă, ca pe un tip particular de *accident ontologic*.

Nebunia se înscrie, în felul acesta, în psihobiografia individului. Mai exact în acea experienţă a vieţii interioare a acestuia, devenind o formă particulară a naturii sale. Trebuie să vedem în această relaţie dintre etică şi psihopatologie un important pas înainte în cunoaşterea, înţelegerea şi preţuirea umanului.

46. Raporturile psihopatologiei cu disciplinele umaniste

Cadru general

Am militat în repetate rânduri în paginile acestei lucrări pentru apartenenţa psihopatologiei la domeniul disciplinelor umaniste. Acest fapt este important de subliniat nu numai în legătură cu natura obiectului psihopatologiei, ci în egală măsură pentru demonstrarea articulării acesteia cu celelalte discipline umaniste.

Trebuie menţionat un fapt esenţial, specific tuturor disciplinelor umaniste, şi anume că obiectul acestora este unic, el fiind *persoana umană*.

Diferitele ştiinţe umaniste se ocupă însă în mod specific de anumite aspecte ale omului, concluziile fiecăreia dintre acestea ducând la configurarea unei anumite imagini a omului, precum şi la o anumită concepţie teoretică despre om, corelată cu o anumită atitudine practică ce decurge din demersul epistemologic respectiv. Ceea ce este important de reţinut e faptul că în sfera ştiinţelor umaniste, deşi obiectul cunoaşterii este unic, cunoştinţele pe care la avem despre acesta sunt multiple, variat nuanţate şi exprimă formal cunoaşterea anumitor domenii ale umanului, iar dincolo de aceasta, intenţia metodologică de abordare-cunoaştere a fiinţei umane într-o anumită direcţie, legat de un scop propus anterior.

Rezultatul acestor cunoştinţe pare a fi reprezentat printr-un *mozaic epistemic* extrem de polimorf, în interiorul căruia, aparent, obiectul cunoaşterii este dizolvat, iar imaginea omului deformată sau chiar complet pierdută. Acesta este punctul de vedere al lui M. Foucault. Aparent, lucrurile par a sta aşa. În fond, situaţia este diferită.

În toate situaţiile, obiectul cunoaşterii rămâne acelaşi. Ceea ce rezultă este imaginea epistemică a obiectului la un moment dat al evoluţiei procesului de cunoaştere, imagine ce nu are un caracter fix, va suferi modificări ulterioare sau poate va fi complet anulată. Nu *obiectul* dispare, ci *ideea* şi *imaginea* acestuia. În aceasta stă diferenţa punctului nostru de vedere în raport cu cel al lui M. Foucault.

Cum poate fi evitată această situaţie?

Din punctul său de vedere, nici o disciplină umană nu va accepta să facă concesii celorlalte pentru a „sacrifica” rezultatul cunoaşterii sale în favoarea unificării cunoştinţelor. Acest aspect este, din punct de vedere metodologic, firesc şi se înscrie într-o anumită ordine de gândire ştiinţifică, specifică fiecărei discipline în parte.

Există însă o cale de întâlnire între disciplinele umaniste, un domeniu sau un punct către care converg toate acestea. El este reprezentat prin întoarcerea la obiectul cunoaşterii. Comparaţia interdisciplinară este calea prin care diferitele discipline umaniste se

vor regăsi, prin care se restabileşte acordul dintre acestea şi, în final, este *redescoperit obiectul cunoaşterii*. Această tentaţie a interdisciplinarităţii este o veritabilă atitudine metodologică de deschidere. Este un act de „întâlnire" a unor teorii, aparent complet diferite, dar care, în mod surprinzător, vor avea ca efect *refacerea obiectului*. Orice studiu de interdisciplinaritate este o sinteză ce reface analiza ; mai exact, este o descompunere metodologică anterioară a obiectului. Acest aspect este resimţit în toate domeniile disciplinelor umaniste.

Problema care se pune în acest caz pentru psihopatologie este deosebit de delicată. Dincolo de aspectele metodologice obiective faţă de obiectul cunoaşterii, se ridică şi atitudinea subiectivă a cercetătorului în faţa persoanei bolnavului psihic, a acestui „altfel de om", a dramei umane a nebuniei, a experienţei sufleteşti oferite de aceasta.

În sfera psihopatologiei, totul pare schimbat, totul pare altfel. O altă lume, un alt univers uman, o altă experienţă sufletească. Obiectul, ca şi metodologia, modul de „a gândi" şi de „a înţelege" fenomenele psihice morbide, persoana bolnavului mintal se schimbă. Desigur că în cazul acesta şi rezultatul va fi diferit de cel din cele mai apropiate discipline : psihologia, psihiatria etc. Cum poate fi rezolvat acest aspect ?

Ne aflăm în faţa unei probleme privind epistemologia ştiinţelor umaniste. Imaginea completă, globală a obiectului, surprinderea totală a semnificaţiei acestuia nu le putem afla în disciplinele de ramură, ci numai în resinteza interdisciplinară. Din aceste considerente, pentru a plasa domeniul psihopatologiei în sfera ştiinţelor umaniste, dar mai ales pentru a articula obiectul acesteia cu cel de referinţă, care este persoana umană, vom analiza în continuare raporturile interdisciplinare ale psihopatologiei.

Tipurile de raporturi

În general, când sunt studiate raporturile unei ştiinţe cu alte domenii de cunoaştere mai mult sau mai puţin apropiate, se procedează la o confruntare directă între domenii. Este un punct de vedere simplist şi formal, care nu pătrunde în interiorul problemei. Din aceste considerente, am preferat să nu facem o analiză comparativă a psihopatologiei cu celelalte discipline umaniste, ci să analizăm raporturile care există din punct de vedere metodologic în primul rând între psihopatologie şi aceste discipline.

Raporturile dintre ştiinţe sunt de mai multe tipuri. Acestea pot fi următoarele :

- *raporturi obiectuale*, privind modul de a considera natura obiectului cercetat ;
- *raporturi metodologice*, privind atitudinea faţă de obiectul cercetării şi tehnicile de studiu utilizate ;
- *raporturi epistemologice*, care privesc ce anume se urmăreşte în cunoaşterea obiectului supus cercetării ştiinţifice ;
- *raporturi de interferenţă*, urmărind să scoată în evidenţă ceea ce este propriu fiecărui domeniu şi ceea ce este comun tuturor acestora în raport cu obiectul cunoaşterii ştiinţifice ;
- *raporturi formale*, privind caracterul practic-aplicativ al cunoştinţelor dobândite într-un domeniu şi felul în care acestea pot fi extinse şi utilizate şi în alte domenii înrudite.

Vom prezenta în continuare aceste aspecte în cazul psihopatologiei.

1. *Raporturile obiectuale*

Obiectul psihopatologiei este persoana umană aflată în stare de suferinţă psihică, în mod special *fenomenele psihice morbide*. Acest aspect apropie psihopatologia de psihologie, care *studiază fenomenele psihice normale*, dar şi de psihiatrie, care se ocupă de aspectul medical al *tulburărilor psihice*.

Se poate afirma faptul că psihopatologia se situează între psihologie şi psihiatrie, dar modul de a studia şi de a înţelege obiectul său are un caracter predominant „interior", raportat la semnificaţia acestuia. Cele trei discipline abordează *viaţa psihică* a persoanei umane din direcţii diferite, deşi aceasta are un caracter unitar. Prin aceasta, ele nu sunt contradictorii, ci complementare, fiecare aducându-şi contribuţia în cunoaşterea obiectului supus cercetării şi cunoaşterii ştiinţifice.

2. *Raporturile metodologice*

Atitudinea faţă de obiectul cercetat şi „tehnicile de gândire" a acestuia este dictată de interesul sau de intenţia cercetării şi de scopul ori obiectivele urmărite de aceasta.

Întrucât obiectul psihopatologiei este reprezentat prin „subiectul uman" – cu specificarea : viaţa interioară a acestuia în condiţiile oferite de alteralitatea psihică –, metodologia va avea un caracter particular. Dincolo de simpla şi exclusiva tentativă de „obiectivare" a fenomenelor psihice morbide, psihopatologia îşi propune să urmărească semnificaţia naturii persoanei umane aflate în stare de alienaţie mintală. Din acest motiv, ea va apela la metodele filozofiei, în special la metoda fenomenologică şi la analiza existenţială, pe care le va adapta cerinţelor obiectului.

Metoda psihologică folosită este o „hermeneutică" a vieţii interioare a subiectului studiat. Aceasta va căuta să depăşească simpla observaţie clinico-medicală a psihiatriei, care, prin caracterul ei, va rămâne în limitele formale ale necesităţilor impuse de stabilirea cadrului nosologic al bolii psihice, şi anume diagnosticarea. Psihopatologia va căuta ca, înaintând dincolo de diagnostic, să descopere sensurile umane ale nebuniei.

3. *Raporturile epistemologice*

Stabilind ce obiective urmăreşte cercetarea în psihopatologie, vom remarca faptul că aceasta se intersectează cu psihologia, de la care preia modelul de a gândi obiectul, cu filozofia, de la care preia metoda de studiu, cu psihiatria, de la care preia materialul clinic, şi cu antropologia, de la care preia spiritul ştiinţific.

Scopul psihopatologiei este de a construi un „discurs epistemic" care să exprime coerent şi riguros semnificaţia obiectului cercetării sale. Acest „discurs epistemic" va constitui replica obiectului cunoscut. Deşi este acelaşi lucru, ca obiect al cercetării pentru psihiatrie el va avea altă configuraţie, venind dintr-o intenţie metodologică diferită şi aducând alte date de cunoaştere ştiinţifică.

4. *Raporturile de interferenţă*

Psihopatologia nu are numai raporturi de tipul celor sus-menţionate. Ea se intersectează, ca domeniu de interes ştiinţific, şi cu alte discipline umaniste în care „nebunia" a fost tratată ca „temă" în contextul manifestărilor umane, atribuindu-i-se însă semnificaţii dintre cele mai diferite.

Domeniile cu care psihopatologia manifestă cele mai directe şi mai imediate interferenţe sunt următoarele: filozofia, religia, morala, cultura (artele plastice, literatura), estetica etc. Interesul pentru nebunie este constant ca prezenţă în aceste domenii şi este înţeles şi tratat în raport cu valorile morale, culturale, religioase, ca o abatere de la normele acestora.

În cazul psihopatologiei, valoarea obiectului său, persoana umană aflată în stare de suferinţă psihică, poate fi apropiată de modul de a vedea şi de a înţelege omul din sfera disciplinelor de mai sus, fapt care explică aceste raporturi de interferenţă.

5. *Raporturile formale*

Acest gen de raporturi ale psihopatologiei cu alte discipline umaniste priveşte, cum spuneam mai sus, caracterul aplicativ, practic al cunoaşterii bolnavului psihic, al naturii sale schimbate. Rezultatele obţinute de cunoştinţele psihopatologice pot fi aplicate în domenii importante ale disciplinelor umaniste, cum ar fi: viaţa socială, ştiinţele juridice, psihoterapia bolilor psihice, educaţia specială etc.

Datele psihopatologiei contribuie mult la înţelegerea unui mare număr de aspecte ale vieţii individuale sau colective, ale problemelor de devianţă şi ale sociopatiilor, legate de atitudinea terapeutică a bolnavilor psihic, precum şi aspecte privind problemele speciale ridicate de unele situaţii reclamate de educaţie.

Se poate desprinde din cele de mai sus faptul că psihopatologia aduce o contribuţie originală deosebit de importantă în sfera disciplinelor umaniste, participând la adâncirea cunoaşterii fiinţei umaniste. Aceste cunoştinţe nu sunt izolate, ci se articulează, aşa cum s-a arătat mai sus, cu celelalte discipline umaniste, prin raporturile care există între ele, contribuind la edificarea unei *epistemologii a umanului*, în care sunt reunite toate cunoştinţele despre om ca fiinţă.

4. Raporturile de interferenţă

Psihopatologia nu are numai raporturi de tipul celor sus-menţionate. Ea se interferează, ca domeniu de istorie ştiinţifică, şi cu alte discipline umaniste, în care „nebunia" a fost privită ca „temă" în contextul manifestărilor umane, atribuindu-i-se însă semnificaţii dintre cele mai diferite.

Domeniile cu care psihopatologia manifestă cele mai directe şi mai frecvente interferenţe sunt următoarele: filozofia, religia, morala, cultura (artele plastice, literatura), estetica etc. Interesul pentru nebunie este constant şi prezent în aceste domenii, şi este înţeles şi tratat în raport cu valorile morale, culturale, religioase, ca o abatere de la normele acestora.

În cazul psihopatologiei, valoarea obiectului său, persoana umană aflată în stare de suferinţă psihică, poate fi apropiată de modul de a vedea şi de a înţelege omul din sfera disciplinelor de mai sus, fapt care explică aceste raporturi de interferenţă.

5. Raporturile formale, culturale şi aplicative

Acest gen de raporturi ale psihopatologiei cu alte discipline umaniste privesc, cum spuneam mai sus, caracterul aplicativ, practic al cunoaşterii bolnavului psihic, al tulburărilor sale schimbate. Rezultatele obţinute de cunoaşterea psihopatologică pot fi aplicate în domenii importante ale disciplinelor umaniste, cum ar fi: viaţa socială, ştiinţele juridice, psihoterapia bolilor psihice, educaţia specială etc.

Datele psihopatologiei contribuie mult la înţelegerea unei mare varietăţi de aspecte ale vieţii individuale sau colective, ale problemelor de delincvenţă şi ale sociopatiilor legate de aceasta, de conduita terapeutică a bolnavilor psihic, precum şi aspecte privind problemele speciale ridicate de unele situaţii problemate de educaţie.

Se poate desprinde din cele de mai sus faptul că psihopatologia aduce o contribuţie originală deosebit de importantă în sfera disciplinelor umaniste, participând la alcătuirea cunoaşterii fiinţei umaniste. Aceste cunoştinţe nu sunt izolate, ci se articulează, aşa cum s-a arătat mai sus, cu celelalte discipline umaniste, prin raporturile care există între ele, contribuind la edificarea unei epistemologii a omului în care sunt reunite toate cunoştinţele despre om ca fiinţă.

Secțiunea a V-a

Psihopatologie filozofică

Cea de-a cincea secţiune a *Tratatului de psihopatologie* tratează *nebunia*, ca formă de manifestare a persoanei umane, dincolo de aspectele sale medico-psihiatrice sau psihologico--psihopatologice, din perspectiva ştiinţelor umaniste.

Considerată o „ipostază complementară" a persoanei umane, în raport cu starea de normalitate psihică, nebunia devine „temă de reflecţie filozofică". În sensul acesta, cercetarea se înscrie în trei direcţii : *ontologică*, *axiologică* şi *metafizică*. Fiecare dintre aceste domenii vizează „formele nebuniei" ca „trăiri interioare" ale subiectului pur.

Analiza filozofică, atât a *normalităţii*, cât şi a *anormalităţii* (nebunia), ne descoperă „natura dialectică" a persoanei umane, ajutându-ne să o cunoaştem şi să o înţelegem mai bine.

Cunoaşterea nebuniei, din perspectiva ştiinţelor umaniste, ne permite în final să schiţăm o „concepţie despre om", care completează ideile existente în acest domeniu, dar care sunt întemeiate pe cunoaşterea normalităţii.

47. Semnificaţia nebuniei ca „fenomen uman”

Este posibil un alt mod de înţelegere şi cunoaştere a nebuniei, diferit de „modelul medico-psihiatric” şi de „modelul psihologic”?

Această interogaţie vine din constatarea care operează o „separaţie” între *boala psihică* şi *nebunie*, respectiv între „sectorul medicalizat” şi „sectorul cultural” al nebuniei[1]. Personal, consider destul de puţin fundamentat şi, prin urmare, supus criticilor acest punct de vedere. Ceea ce reprezintă boala mintală nu este decât un „sector” al nebuniei. Dincolo de aceasta, „formele nemedicale” ale nebuniei ocupă un spaţiu întins şi deosebit de important în seria „fenomenelor umane”. Aceasta face posibil ca „nebunia culturală” să fie integrată în sfera ştiinţelor umaniste şi să fie analizată din punct de vedere filozofic. Se aduc astfel în discuţie dimensiunea şi semnificaţia axiologică a persoanei umane, în cazul dublei sale posibilităţi de „a fi” – *normală* sau *anormală*, respectiv *sănătatea mintală* şi/sau *nebunia*[2].

De regulă, orice încercare de analiză a nebuniei se face prin comparaţia acesteia cu normalul. Starea de normalitate este definită şi înţeleasă în raport cu logica. Normalul este cel care are coerenţă, ordine, succesiune şi semnificaţie acceptate de logică şi, din acest motiv, este considerat inteligibil şi explicit.

Nebunia este o „răsturnare negativă” a *normalului*, în care logica intelectului cunoscător devine inoperantă ca metodă. Nebunia are o semnificaţie simbolică. Ea se separă de „limbajul” normalităţii. Limbajul nebuniei sau, mai exact, „semiotica” nebuniei este anterioară ca modalitate de evoluţie limbajului normalităţii. El este de origine arhetipală şi, din acest motiv, are un caracter „simbolic”. Din acest motiv, formele nebuniei, atât cele „medicalizate”, cât şi cele „nemedicalizate”, par incoerente, neelaborate, dezordonate şi dezorganizate, dacă sunt privite din punctul de vedere al normalului. În fapt însă, lucrurile stau cu totul altfel.

Limbajul nebuniei este simbolic, având prin aceasta un caracter ancestral de organizare arhetipală, aşa cum spuneam mai sus. Din acest motiv, nebunia ca *forma mentis* este, în mod paradoxal, anterioară normalului. Normalul se constituie (că vrem sau nu să acceptăm aceasta, că ni se pare şocant de nefiresc, că ne convine sau nu, nu mai are nici o importanţă) din „materialul” nebuniei prin reorganizarea acesteia. Să încercăm să explicăm acest aspect.

1. C. Enăchescu, *Fenomenologia nebuniei*, Editura Paideia, Bucureşti, 2003; *Da şi nu. Dialectica comprehensivă a vieţii sufleteşti*, Editura Paideia, Bucureşti, 2006.
2. C. Enăchescu, *Tratat de teoria cercetării ştiinţifice*, *Experienţa vieţii interioare şi cunoaşterea de sine*.

Nebunia în forma ei *primară* nu (este) poate fi considerată nebunie. Ea nu este altceva decât forma primară, încă neelaborată, neorganizată după modelul logic al normalităţii. „Organizarea" nebuniei în normalitate se înscrie în *procesul de evoluţie psihică* a persoanei umane. Este procesul îndelungat, lent de trecere de la „psihismul" brut, primitiv-primar, încă nemodelat, nesupus „cenzurii" de reprimarea „factorilor culturali" modelatori.

Normalitatea trebuie înţeleasă şi acceptată ca fiind produsul unei „elaborări culturale" prin „modelarea" psihismului primar. Dacă acceptăm această teză, admitem în fapt „continuitatea" care stă la baza raportului dintre *nebunie* şi *normalitate* sau, mai exact, între „forma primară" şi „forma secundară" a vieţii psihice. Aceasta, în planul limbajului, se exprimă prin trecerea de la „simbolic" la „logic"[1].

Situaţia se complică, din punct de vedere analitic, când facem comparaţia între nebunie şi normalitate, având în vedere faptul că ambele coexistă în cuprinsul aceluiaşi context al realităţii lumii posibile. În plus, intelectul cunoscător, organizat în conformitate cu modelul logic, va analiza nebunia plecând dinspre normal, căutând să o înţeleagă şi să o explice ca pe „ceva" în egală măsură „opus" şi „diferit" de aceasta. Este oare corect din punct de vedere metodologic ? Cum ar fi atunci dacă am încerca, plecând de la nebunie, să dăm o explicaţie normalului şi să-l înţelegem ? Ce-ar fi, cum s-ar prezenta această „judecată" dacă nebunul ar analiza normalitatea ?

Dacă am stabilit că normalitatea psihică este produsul elaborat, cultural-axiologic al acţiunii factorilor modelatori asupra formelor primare ale psihismului, ne punem firesc întrebarea „Ce este nebunia ? ", la fel cum ne putem întreba „Ce a mai rămas din nebunie după medicalizare şi ce reprezintă aceasta ? ".

Nebunia trebuie înţeleasă, din punct de vedere axiologic, ca o „negare" a valorilor „pozitive", care sunt caracteristice pentru normal. Nebunia, din punct de vedere axiologic, este o normalitate „pe dos". Ea este o formă de „regresiune" a vieţii psihice, o „reîntoarcere" la formele ancestrale ale evoluţiei vieţii psihice[2].

Nebunia ca „regresiune" trebuie înţeleasă ca fiind rezultatul unei schimbări axiologice survenite în organizarea şi, implicit, în semnificaţia persoanei, mai exact a subiectului pur care reprezintă partea sufletească a acesteia[3].

Aceste aspecte aduc în discuţie o imagine a nebuniei mult mai largă şi mai bogată ca semnificaţie, în comparaţie cu „formele" acesteia din psihiatrie şi psihopatologie, lărgind considerabil cadrul epistemologic al acestora.

Nebunia este refuz şi împotrivire, este ieşirea din lume şi intrarea în sine. Ea este atitudinea de negare a „ordinii lumii" şi încercarea de impunere a unei „ordini personale". Prin aceasta, nebunia „iese" din „timpul lumii" şi se închide într-o „durată interioară" a negativităţii în care îşi organizează propria suită de „trăiri interioare". Această „cădere în sine" de factură *autistă*, dincolo de interpretarea ei medico-psihiatrică, are şi o semnificaţie filozofică.

---

1. Studii interesante în sensul acesta aparţin următorilor autori : P. Janet, *L'intelligence avant le language* ; M. Dide, *L'hystérie et l'évolution humaine* ; H. Delacroix, *Les grandes formes de la vie mentale* ; P. Grégoire, *La nature du psychique* ; L. Lévy-Bruhl, *La pensée magique*, *La mentalité primitive*.
2. Acest punct de vedere nu trebuie identificat cu *teoria degenerescenţei* (V. Magnan, A. Morel, C. Lombroso).
3. C. Enăchescu, *Da şi nu*.

Întoarcerea către sine cu închiderea în sine a nebuniei se opune transcendenţei normalităţii, încât putem aprecia această „cădere în sine" ca pe o formă de „trăire metafizică a negativităţii". Această concluzie face ca nebunia să se înscrie în seria „fenomenelor umanului" cu o semnificaţie şi o configuraţie proprii.

Înţelesul uman al nebuniei este dat de situaţia ei de complementaritate în raport cu normalitatea. Aceasta ne face să admitem existenţa unei „origini comune" atât a normalităţii, cât şi a nebuniei, în „fiinţa (valorică) morală" sau „ethos"-ul persoanei. Din această perspectivă, atât normalitatea, cât şi nebunia nu sunt, în esenţa lor, decât, aşa cum spuneam, ipostaze axiologice – afirmative (normalul) sau negative (nebunia) – ale persoanei umane.

Cea care conferă sensul axiologic al modului de existenţă normală sau anormală a persoanei este fiinţa interioară sau „ethos"-ul acesteia. Ethos-ul este cel care, prin valorile atribuite, determină modalităţile de „a fi" sau de „a nu fi" ale persoanei umane.

Cunoaşterea, prin intermediul „analizei subiectivităţii"[1] de inspiraţie dialectică, orientată din „interior" către „exterior" sau de la „subiectiv" către „obiectiv", este posibilă, în cazul nebuniei, prin analiza „limbajului" acesteia.

Sursele primare din care se organizează limbajul sunt „formele simbolice" care construiesc „modalităţile axiologice" ale persoanei. Ele exprimă, în funcţie de sensul valoric, fie *normalitatea* („criteriile de normalitate"), fie *anormalitatea* („simptomele clinice").

Înţelesul normalului este imediat şi direct, întrucât se bazează pe datele empirice, obiective, externe. Înţelesul nebuniei trebuie însă căutat dincolo de aparenţe, dincolo de limbaj şi de formele de manifestare ale acestuia. Orice încercare de a înţelege nebunia plecând „din afara" persoanei nebunului creează impresia de neinteligibil.

Întrucât, aşa cum am spus mai sus, nebunia este o normalitate pe dos sau răsturnată, ea nu poate fi înţeleasă şi explicată de raţiunea logică. Experienţa delirantă a nebunului, de exemplu, care este mult mai mult decât o „tulburare de gândire", reprezintă o „trăire a negativităţii axiologice" a cărei semnificaţie simbolică trebuie descifrată printr-un act de hermeneutică filozofică. Această analiză ne conduce însă către sursa comună din care derivă şi se organizează atât *limbajul simbolic*, cât şi *limbajul logic*, şi anume „potenţialul axiologic" al ethos-ului.

Din cele prezentate mai sus se poate desprinde ideea conform căreia *nebunia* este inseparabilă de *normalitate*, între ele existând un *raport de complementaritate*. Fiecare dintre acestea este o ipostază egal posibilă de „a fi" a persoanei umane, purtătoare a unor valori contrare: „pozitive" în cazul normalităţii şi „negative" în cazul nebuniei. Acestea se datorează „naturii dialectice" a persoanei umane.

Cunoaşterea şi *înţelesul* atât al *normalităţii*, cât şi al *nebuniei* trebuie realizate prin „metoda dialecticii comprehensive"[2], care fixează aceste „modalităţi de a fi" ale persoanei umane în sfera ştiinţelor umaniste, lărgind prin aceasta, în mod considerabil, cadrul epistemic atât al normalităţii, cât şi al anormalităţii (nebunia), dincolo de spaţiile de cunoaştere limitat-segmentare ale psihiatriei şi psihopatologiei.

Accesul la cunoaşterea acestora se face prin intermediul limbajului, urmărindu-se descifrarea semnificaţiei conţinutului acestuia. El trebuie să urmărească analiza conţinuturilor subiective ale nebuniei, în raport cu conţinuturile obiective ale normalităţii.

---

1. C. Enăchescu, *Da şi nu*.
2. C. Enăchescu, *op. cit.*

48. Tematica filozofică a nebuniei

Înţelesul nebuniei trebuie căutat şi explicat plecându-se de la analiza formelor sale de „a fi", de la „semnificaţia lor valorică" şi de la „trăirea interioară" a acestor forme valorice. Considerate ca teme de analiză filozofică, acestea cuprind cele trei principale dimensiuni ale nebuniei, şi anume : *dimensiunea ontologică*, *dimensiunea axiologică* şi *dimensiunea metafizică*. Din reunirea datelor care rezultă din acestea se va constitui „epistemologia nebuniei". Le vom analiza pe rând în cele ce urmează.

Am arătat mai înainte cum este posibil ca nebunia să devină „temă filozofică" prin situarea ca obiect de cercetare ştiinţifică în sfera ştiinţelor umaniste.

Nebunia, precum şi *normalitatea* nu pot fi separate, ci tratate împreună. Ele aparţin persoanei umane şi există sau, mai exact, se justifică ca modalităţi de „a fi" *în* şi *prin* aceasta. Faptul de a aparţine persoanei, în sensul de a fi ca „formă de manifestare" a acesteia, se datorează, cum am spus mai sus, naturii dialectice a organizării şi dinamicii persoanei. Acest aspect conferă un „statut de egalitate" atât normalităţii, cât şi anormalităţii. Formele de „a fi", precum şi „calităţile valorice" ale unei persoane se regăsesc în mod egal atât în normalitate, cât şi în anormalitatea acesteia.

Calităţile persoanei sunt de „a exista", de „a avea valoare" şi de „a se depăşi pe sine şi lumea". Aceste calităţi presupun cele trei dimensiuni ale umanului : *ontologicul*, *axiologicul* şi *metafizicul*. Din aceste considerente, explicaţia, atât a normalităţii, cât şi a anormalităţii, în cazul de faţă nebunia, este dată sau, mai exact spus, este determinată de „natura" persoanei umane.

Raportul „normal-anormal" apare ca inteligibil numai dacă este plasat în contextul naturii dialectice a persoanei umane. El se înscrie în dinamica existenţială a „modalităţilor de a fi" ale persoanei. În sensul acesta, dincolo de aspectele psihologice şi/sau medico-psihiatrice, „viaţa persoanei" se descoperă ca o permanentă „oscilaţie" între normal şi anormal, dând prin aceasta impresia că este într-o continuă căutare a unei stări de echilibru pe care însă, în mod paradoxal, singură şi-o construieşte într-o suită de schimbări continue[1].

---

1. Important în sensul acesta este punctul de vedere al lui J. Bordet, care, încercând să dea o definiţie *vieţii*, apelează la „criteriul stabilităţii" sistemului vital. În felul acesta, el consideră viaţa ca fiind „lupta pentru menţinerea unui echilibru în permanenţă ameninţat (J. Bordet, *Traité d'imunologie générale*). Acest punct de vedere presupune stabilirea unui raport de echilibru între două categorii de factori : „factorii de normalitate" şi „factorii de anormalitate". Pe aceste „criterii", care au semnificaţie axiologică, se construiesc atât „gândirea", cât şi „practica" medicinei. Punctul de vedere al lui J. Bordet coincide cu teza susţinută de noi, conform căreia atât normalitatea, cât şi anormalitatea (nebunia) sunt manifestări ale unor „valori complementare" care determină sau, mai exact, configurează „modalităţile de a fi" ale persoanei umane.

Înţelesul persoanei umane este posibil numai dacă acceptăm că ea este un „paradox" care derivă din faptul că „natura" ei este orientată ambivalent. Aceasta se poate vedea cel mai clar în cazul „dialecticii normalitate-anormalitate".

Opiniile specialiştilor, precum şi cercetările ştiinţifice desfăşurate asupra normalului şi anormalului converg către tendinţa de a „valoriza" normalitatea în raport cu anormalitatea[1]. Acest punct de vedere, pe care-l considerăm inautentic, tinde să absolutizeze valoarea normalităţii şi să subordoneze anormalitatea acesteia, căutând să-i dea o explicaţie plecând de la criteriile ce definesc şi caracterizează normalul. Această atitudine metodologică vine dinspre medicină, fiind justificată de obiectivele practice ale acesteia : diagnosticul clinic şi tratamentul bolilor. O analiză de factură filozofică trebuie însă separată de condiţiile pe care le impun gândirea medicală şi cea psihologică.

Semnificaţia normalului şi a anormalului trebuie căutată şi explicată, aşa cum spuneam, prin natura paradoxală a persoanei umane, paradox care este dat de „principiul complementarităţii" ce guvernează starea de echilibru al acesteia. Atât normalitatea, cât şi anormalitatea se explică şi se justifică ca modalităţi de a fi una prin alta, ele fiind inseparabile şi condiţionându-se reciproc. Acceptând acest punct de vedere metodologic, se pot „înţelege" şi „explica" atât normalul, cât şi anormalul, în cazul studiului de faţă, nebunia.

Opiniile specialiştilor sunt destul de diferite, ca nuanţă teoretică, în ceea ce priveşte „evaluarea" normalului şi a anormalului, căutând să fie promovat valoric normalul. În sensul acesta, D. Lagache consideră că „dezorganizarea patologică nu reprezintă simetria inversă a dezorganizării normale". Acest punct de vedere priveşte „ordinea" normalului, dar o extinde şi asupra „(dez)-ordinii" anormalului. Mult mai apropiat de realitate se situează E. Minkowski, care, din perspectiva analizei nebuniei, susţine că „starea de alienaţie nu se reduce la boala psihică". Prin alienare, „fiinţa umană se desprinde de tot ceea ce caracterizează omul şi viaţa" (E. Minkowski). Cel mai important punct de vedere al lui E. Minkowski constă în a admite că în cazul anormalităţii este pus în evidenţă „negativul" persoanei umane. Pentru autorul citat, „normalul... nu este o judecată a realităţii, ci o judecată de valoare, este o noţiune-limită care defineşte în cel mai înalt grad capacitatea psihică a unei fiinţe" (E. Minkowski).

Trebuie subliniat faptul deosebit de important că atât starea de normalitate, cât şi starea de anormalitate, în speţă nebunia, au şi o conotaţie valorică, cu caracter variabil, imprimată de modelul sociocultural căruia îi aparţin. Ca esenţă, ca „fenomene umane", normalitatea şi anormalitatea sunt aceleaşi, dar ca formă de manifestare ele vor lua configuraţia modelului cultural. Aceasta ne permite să vorbim despre „*stilurile*" normalităţii şi nebuniei.

Stilurile nebuniei, ca „fel de a fi", se impun în primul rând în planul valorilor culturale şi, din acest motiv, au un caracter simbolic. Aşa cum am spus într-o altă lucrare[2], „stilurile" (culturale) ale nebuniei pot fi grupate în două categorii, şi anume : *entuziasmul* şi *melancolia*. Cele două „categorii stilistice" corespund marilor forme clinico-psihiatrice, dovedind prin aceasta că între *nebunia culturală* şi *nebunia medicală*

1. Studii interesante şi substanţiale în sensul acesta au fost efectuate de specialişti, cum ar fi : H.E. Sigerist, *Introduction à la médecine* ; E. Minkowski, *Traité de psychopathologie*, *Le temps vécu* ; K. Jaspers, *Allgemeine Psychopathologie* ; G. Canguilhem, *Le normal et le pathologique*, *Etudes d'histoire et de philosophie des sciences*.
2. C. Enăchescu, *Axiologia nebuniei*.

diferenţele sunt date în primul rând de atitudinea metodologică, de modul de a gândi nebunia ca fenomen uman.

Entuziasmul şi *melancolia*, care concentrează „formele" nebuniei culturale, sunt caracterizate prin structuri axiologice cultural-morale specifice. În sensul acesta, *entuziasmul* este corelat cu *sublimul*, iar *melancolia* este corelată cu *tragicul*. Este interesant să constatăm că acestea se regăsesc, ca forme paradoxale ale destinului persoanei umane, şi în cazul bolilor psihice.

Menţiunea de mai sus contribuie la apropierea sferei nebuniei culturale de cea a nebuniei clinice, dar în egală măsură pune sub semnul întrebării în ce măsură „tulburările clinico-psihiatrice" sunt *boli* conform „principiilor patologiei generale". Este absolut evident pentru orice specialist, psihiatru sau psiholog care gândeşte deschis că „tulburările psihice" sunt altfel de boli, comparativ cu delimitările conceptuale ale patologiei generale[4].

L. Binswanger (re)-interpretează tulburările psihice din perspectiva „analizei existenţiale" (*Daseinsanalyse*)[2] de inspiraţie heideggeriană[3], afirmând că tulburările fiecărui „caz clinic" nu pot fi înţelese şi explicate decât prin „(psiho)-biografia" acestuia, care reprezintă concentrat „istoria vieţii interioare" (*Innere Geschichte des Menschen*) a fiecărui bolnav. Acest punct de vedere, de o valoare esenţială, apropie formele culturale ale nebuniei de formele sale medico-psihiatrice.

În spiritul aceleiaşi atitudini metodologice, M. Natanson[4] remarcă existenţa a două direcţii cu privire la relaţiile dintre psihiatrie şi filozofie : „tradiţia empiric pozitivistă" şi „abordarea conceptual-fenomenologică". La rândul său, E.W. Straus[5] explică „tulburările psihice"[6] în contextul „întâlnirii dintre psihiatru şi pacient, considerat ca fiinţă umană". În cazul acesta, „separaţia" dintre nebunia culturală şi nebunia medicală devine destul de estompată, permiţând în felul acesta accesul către o formă de abordare filozofică, care va deplasa „epistemologia nebuniei" în sfera ştiinţelor umaniste.

Având în vedere cele discutate mai sus, să trecem la prezentarea aspectelor ontologice, axiologice şi metafizice ale nebuniei. Facem însă încă o dată precizarea că expunerea noastră nu intenţionează să excludă sau să desfiinţeze cadrele clinico-psihiatrice ale patologiei mintale, respectiv boala psihică. Se face numai o analiză a nebuniei, considerată „fenomen uman", încercând prin aceasta să delimităm conţinutul unei „epistemologii a nebuniei" din perspectiva ştiinţelor umaniste.

Aşa cum spuneam, o *„epistemologie a nebuniei"* trebuie să recunoască cele trei dimensiuni filozofice ale acesteia, şi anume: *ontologicul*, *axiologicul* şi *metafizica*. Întâlnirea acestora este singura care ne poate oferi cadrele unei epistemologii a nebuniei considerate „fenomen uman".

---

1. În cazul de faţă, când facem referire la domeniul patologiei generale, avem în vedere bolile somatice, cu toate caracteristicile acestora, care diferă semnificativ de bolile psihice.
2. L. Binswanger, *Introduction à l'analyse existentielle*.
3. M. Heidegger, *Sein und Zeit*.
4. M. Natanson, „Philosophy and Psychiatry", *Psychiatrie der Gegenwart*.
5. E.W. Straus, „Psychiatry and Philosophy", *Psychiatrie der Gegenwart*.
6. Am preferat să utilizăm termenul „tulburări psihice", pe care-l considerăm ca având o semnificaţie mai largă comparativ cu cel de „boli psihice", care este marcat ca fiind un „produs" al clinicii psihiatrice şi, prin urmare, având un caracter medical. Termenul „tulburări psihice" are o semnificaţie mai largă şi este utilizabil şi „dincolo" de limitele stricte impuse de psihiatrie.

Dimensiunea ontologică a nebuniei se centrează în jurul faptului de „a fi" sau, mai exact, de *„a-fi-în-sine-cu-şi-pentru-sine"*. Este interesant de constatat faptul că aceeaşi condiţie este pusă şi în cazul stării de normalitate. Atunci în ce constă diferenţa?

Diferenţa dintre „modalităţile de existenţă" a normalului şi nebuniei este dată de faptul că „existenţa normalului" este reprezentată prin condiţia de „a-fi-în-lume", pe când cea a nebuniei este dată de condiţia de „a-fi-în-sine", fapt care refuză lumea. Existenţa nebuniei este „în-sine-cu-şi-pentru-sine". Ontologia nebuniei este opusă celei a normalităţii. Normalul este *sinton* cu realitatea lumii posibile, externe, pe când nebunia este *discordantă* în raport cu realitatea lumii externe. Nebunia, ca mod de existenţă, „iese din lume". Ea refuză lumea, iar lumea, la rândul ei, refuză şi exclude din ea nebunia.

Ontologia nebuniei se caracterizează printr-o trăire interioară marcată prin „închiderea în sine" de factură autistă. Ea *iese* din spaţiul şi timpul lumii şi *intră* în întinderea şi durata interioară a propriului sine, ca o formă de „cădere în sine". De aici, prin „ruperea contactului vital cu realitatea", după expresia lui E. Minkowski, nebunia devine bizară, nefirească şi incomprehensibilă.

Aceste aspecte ale modului de existenţă a nebuniei sunt construite *din* şi *prin* „observaţia din afară" a acesteia, dinspre lume. Impresia care se produce este cea de dezordine, incoerenţă, disociere, ambivalenţă etc. Aceste constatări care servesc clinica psihiatrică nu pot însă construi o epistemologie a nebuniei. Ele rămân un „inventar simptomatologic" al psihiatriei.

O analiză interioară, plecând de la „analiza subiectivităţii" trăirilor interioare ale nebunului, analiza limbajului simbolic al nebuniei, va reprezenta atitudini metodice care ne conduc către semnificaţia axiologică a nebuniei.

Ca fenomen uman specific, în cadrul „formelor de a fi" ale persoanei umane, nebunia are „valorile" ei caracteristice. Acestea sunt valori care „neagă faptul de a fi" al normalului. Prin acestea, „valorile negative" ale nebuniei explică refuzul lumii, dar în egală măsură şi „refuzul sinelui" (ca în cazul „delirului de urmărire/ persecuţie", al „delirului de relaţie", al „delirului melancolic de autoacuzare", al „sindromului Cottard" etc.).

Valorile nebuniei sunt negative, această „negativitate" fiind înţeleasă ca o formă de respingere/refuz atât al lumii, cât şi al sinelui. Această nouă „dimensiune valorică" nu poate „fi" şi nu se poate „manifesta" în realitatea lumii posibile, motiv pentru care nebunul se simte „urmărit", „persecutat", „vinovat" în raport cu „normele valorice" ale lumii, pe care le refuză, înlocuindu-le cu sau transformându-le în „factori represiv-adversivi", cum este în cazul paranoiei, al schizofreniei etc.

Din perspectiva nebuniei, aceste experienţe sufleteşti trăite nu sunt posibile fără „răsturnarea axiologică" a persoanei umane. Schimbarea valorică duce la „închiderea în sine" şi la o modalitate de trăire într-o realitate facticială, organizată în „întinderea" şi „durata" propriei interiorităţi. Trebuie să admitem faptul că „dezacordul" şi „conflictul" dintre persoana nebunului şi lume sunt proprii schimbării axiologice, a valorilor negative ale persoanei. Este un „conflict axiologic" care corespunde, în planul empiric al observaţiei medicale, cu inadaptarea şi/sau dezadaptarea nebunului în raport cu lumea externă. Or, acesta nu este altceva decât un „conflict cultural", caracteristic nebuniei culturale şi nebuniei medicale, deşi aceasta din urmă pune altfel problema.

Ieşirea din lume şi *intrarea* în sine presupun o formă de viaţă interioară schimbată, o *altfel* de trăire, după o altă „durată" şi într-o altă „întindere". Intrarea în sine

presupune, în mod necesar, construirea unei alte realităţi, dar cu caracter facticial. Această realitate facticială, produs al unei conştiinţe marcate de valorile negativităţii, are „limite" imprecise şi de mare mobilitate, fapt care permite ca nebunia să se dezvolte şi să se manifeste „liber" în raport cu rigorile care o „închid" în realitatea lumii posibile.

Închiderea în sine este de fapt o „deschidere dincolo de lume", dar, în acelaşi timp, prin valorile negativităţii, şi o „deschidere dincolo de sine". Nebunul trăieşte într-o permanentă „(i)-realitate" care îl lansează mereu într-un spaţiu şi într-un timp personal care transcend propria subiectivitate.

Experienţa ontologică a nebuniei, ca trăire interioară, poate fi considerată o *metafizică a negativităţii*. Această „experienţă metafizică" are un caracter simbolic şi poate fi comparată cu trăirile onirice, de care o apropie eliminarea oricăror „limite" şi, odată cu aceasta, relativitatea întinderii şi a duratei, pe care însăşi nebunia, prin valorile sale negative, le construieşte.

Din această perspectivă, metafizica negativităţii, ca formă specifică a nebuniei de „trăire interioară", este cel mai bine ilustrată de „delir". Dar, în cazul acesta, delirul nu mai trebuie înţeles ca o „tulburare de gândire" din sfera semiologiei clinico-psihiatrice. Delirul este o transformare globală a modului de a simţi, a gândi, a trăi, a înţelege, a relaţiona al nebunului. Cheia înţelegerii nebuniei este dată de descifrarea semnificaţiei simbolice a delirului. Metafizica negativităţii este reprezentată de „ordinea delirantă", iar această „răsturnare" în raport cu normalitatea este dată de faptul că nebunul rămâne „închis" în sfera îndoielii permanente, care blochează accesul către orice certitudine. În felul acesta, delirul devine o „nebunie care se gândeşte pe ea însăşi".

Forma cea mai tipică de metafizică a negativităţii nebuniei este *autismul*. Autismul este „întoarcerea către sine" cu „închiderea în sine". El este *trăirea circulară* care, plecând de la sine, se reîntoarce către sine, fiind prin aceasta suficientă ei însăşi. Nebunul trăieşte în durata şi întinderea propriei interiorităţi, iar aceste trăiri se organizează concentric în jurul propriului sine, într-o mişcare de permanentă întoarcere narcisică. Deoarece nebunul este rupt de orice contact vital cu realitatea lumii posibile, cea care are valoare de autenticitate este realitatea facticială interioară a negativităţii. Orice „intervenţie" din exterior este refuzată, putând deveni conflictuală. Universul nebuniei este un univers închis, care se „mişcă în cerc", în mod repetitiv, alimentat de valorile negative ale sinelui şi de delir.

Dacă însă, aşa cum spuneam, în cazul autismului, nebunia este cea care se gândeşte pe sine, ruptă de orice altă formă de preocupare, ce este, în cazul acesta, nebunia, cum poate fi ea (re)*definită*?

Aşa cum am arătat într-o lucrare anterioară[1], nebunia nu poate fi definită decât ca „fenomen uman" înţeles în raport cu sistemul de „valori ale negativităţii" persoanei umane. Ea este „negativul" persoanei. Nebunia „transferă" experienţele sufleteşti ale vieţii interioare în alte registre axiologice, care-i conferă o altă ordine şi un alt tip de dinamică. Din acest motiv, ea poate fi considerată o „normalitate pe dos", un mod de „a fi altfel" în raport cu modul de „a fi astfel" al normalului. În fine, se poate afirma că nebunia este complementară cu normalitatea, întrucât, aşa cum am mai spus, cele două ipostaze ontologice ale persoanei umane se explică şi se justifică una prin cealaltă.

---

1. C. Enăchescu, *Axiologia nebuniei*.

Metafizica negativităţii este forma axiologică a „autismului narcisic", care „închide în sine" persoana umană într-o formă de trăire stereotipă, repetitivă. Această „întoarcere narcisică" presupune şi o transformare afectivă a persoanei nebunului, manifestată în spaţiul semiologiei clinico-psihiatrice prin răceală, inversiune afectivă, ambivalenţă etc.

Având în vedere cele de mai sus, ne punem întrebarea dacă este totuşi adecvat să considerăm aceste „forme ale negativităţii" nebuniei drept teme filozofice? Este absolut neîndoielnic. Dar pentru a accepta aceasta este necesar să ne separăm de modalitatea de a gândi nebunia exclusiv din perspectiva clinicii psihiatrice, ca pe o anormalitate de factură „medico-patologică". Considerată „fenomen uman", nebuniei i se descoperă alte „înţelesuri", mai largi şi mai adânci. Acestea devin explicabile prin analiza filozofică şi în felul acesta ne conduc către construirea unei „epistemologii a nebuniei" care depăşeşte şi completează cadrul clinico-psihiatric al bolii mintale. O autentică epistemologie a nebuniei se constituie din dimensiunea ontologică, axiologică şi metafizică a acesteia.

49. Epistemologia nebuniei
(De la mit la ştiinţă)

Am arătat în capitolul precedent că nebunia se (re)-defineşte ca „fenomen uman”, ca modalitate de „a fi altfel” a persoanei umane, complementară stării de normalitate. Aceste aspecte care (re)introduc nebunia prin intermediul filozofiei în sfera ştiinţelor umaniste ne permit să o (re)gândim şi să încercăm să construim o epistemologie a acesteia.

Orice încercare epistemică a unui domeniu de cunoaştere presupune efortul parcurgerii etapelor-trepte prin care acesta se formează. Regăsim acest „parcurs” în *istoria nebuniei*[1], asupra căreia ne vom opri un moment.

Istoria nebuniei se constituie în paralel cu istoria culturală a umanităţii. În mod paradoxal, nebunia este un produs al „evoluţiei” omului în cetate, care a urmat fidel toate etapele şi formele de dezvoltare a civilizaţiei. Opunându-se permanent „factorilor represiv-modelatori” ai modelelor socioculturale, normelor valorice ale acestora, nebunia apare ca dimensiunea „negativităţii” persoanei umane, impunându-se prin aceasta atenţiei şi constituind o temă de comentarii pentru religie, cultură, morală, filozofie[2]. Nebunia îşi face mult mai târziu intrarea în medicină, fiind preluată parţial din sfera culturii. Odată cu constituirea psihiatriei ca domeniu medical, aceasta a absorbit în sfera ei (parţial) *nebunia*, pe care a transformat-o în *boală psihică* (P. Pinel, S. Esquirol, E. Kraepelin, E. Bleuler). Medicalizarea nebuniei se caracterizează prin definirea, descrierea şi clasificarea „speciilor morbide” ale anormalităţii psihice, devenite „boli” şi, odată cu aceasta, constituirea domeniului psihiatriei ca „epistemologie medicală”.

Cea mai importantă atitudine metodologică este marcată de momentul analizei raportului „normal-patologic”, deocamdată în plan medical (G. Canguilhem) şi ulterior în plan psihologic (M. Foucault)[3].

Aceste preocupări care aşteptau „soluţii-răspuns” au deschis suita de discuţii care, revizuind cadrul nebuniei, încercau să-i dea acesteia (sau poate, mai exact, să-i caute) în

---

1. J. Postel, A. Quétel, *Nouvelle histoire de la psychiatrie* ; H.E. Sigerist, *La psychiatrie française* ; T.K. Osterreich, *Les possédés* ; M. Ristich de Groote, *La folie à travers les siècles* ; M. Sendrail, *Histoire culturelle de la maladie* ; M. Foucault, *Folie et déraison. Histoire de la folie à l'âge classique.*
2. Platon, *Charmides* ; Plutarh, *Despre mânie* ; L.A. Seneca, *De ira* ; R. Descartes, *Les passions de l'âme* ; I. Kant, *Tratat despre bolile capului.*
3. G. Canguilhem, *Le normal et le pathologique* ; M. Foucault, *Maladie mentale et psychologie, Naissance de la clinique, Anormalii.*

formele sale „nemedicale" alte semnificaţii. Se constituie, în felul acesta, direcţia de gândire filozofică având ca tematică nebunia[1].

Semnificativ este faptul că orientarea către analiza filozofică a nebuniei pleacă dinspre psihiatrie, ca o necesitate imperioasă a specialiştilor psihiatri de „explicare" a unei „altfel" de patologii.

Nebunia nu poate fi „redusă" la tulburările funcţionale şi/sau organice ale creierului. Ea nu „încape" în formula lui W. Griessinger, care susţine că „Geisteskranken sind Gehirnkranken", ci înseamnă şi „altceva", care trebuie căutat şi explicat[2]. Dincolo de explicaţiile venite din sfera „gândirii medico-psihiatrice", înţelesul nebuniei este completat şi adâncit de „metoda filozofică"[3].

Necesitatea găsirii unor explicaţii, să le spunem deocamdată suplimentare, a înţelegerii bolii psihice este urmată de o serioasă „criză epistemologică" ce vizează negarea, refuzul statutului psihiatriei ca ştiinţă şi, implicit, prin aceasta, desfiinţarea bolii psihice. Acest punct de vedere este reprezentat prin „curentul antipsihiatric" de la jumătatea secolului XX[4].

Ce reprezintă această „criză a căutărilor" şi a „contestărilor"? O (re)-definire a cadrului nebuniei şi o (re)-distribuire a cunoştinţelor despre aceasta într-un alt „cadru epistemologic", dincolo de cadrele nosologiei clinico-psihiatrice de factură medicală.

Este nebunia „boală" sau „fenomen uman"? Dar şi boala este fenomen uman. Prin urmare, această cale (*methodos*) nu ne duce nicăieri sau, dimpotrivă, aprofundează criza. Trebuie căutate alte „căi" care să ne ajute să construim un altfel de cadru epistemologic, care să fie capabil de a explica nebunia. Acest lucru devine posibil în momentul în care anulăm deosebirile, ca esenţă, dintre *nebunia culturală* şi *nebunia medicală*. Această (re)-unificare a celor două forme de nebunie ne întoarce la starea originară a „formelor primare" ale psihismului, considerate „fenomene originare" (*Urphaenomen*). Acceptând acest punct de vedere, asupra căruia am mai insistat, putem explica atât nebunia, cât şi normalitatea ca fiind „momente ale evoluţiei" vieţii sufleteşti. Această afirmaţie postulează faptul că atât normalitatea, cât şi nebunia provin dintr-o sursă comună, care dispune de capacitatea de a valoriza persoana umană în „plus" sau în „minus", aşa cum am mai afirmat anterior.

1. S. Freud, *Introduction à la psychanalyse*; E. Minkowski, *Le temps vécu*, *Vers une cosmologie*, *La schizophrénie*, *Traité de psychopathologie*; K. Jaspers, *Allgemeine Psychopathologie*; L. Binswanger, *Introduction à l'analyse existentielle*.
2. Punctul de vedere al lui W. Griessinger conform căruia „bolile psihice sunt boli ale creierului" se înscrie în modelul de gândire „organicistă" a secolului al XIX-lea. Acestuia i se va opune ulterior punctul de vedere „funcţional" al lui Strauss, conform căruia „bolile psihice sunt boli ale personalităţii" („Geisteskranken sind Personlichkranken").
3. În cea de-a doua jumătate a secolului XX, se remarcă un curent de explicare „umanist-filozofică" a nebuniei plecând din direcţia unei atitudini de „revizuire-completare a semnificaţiei bolii psihice, fapt care dovedeşte că apartenenţa la medicină este insuficientă ca explicare a naturii bolii psihice. Desigur că prin aceasta nu se urmărea o „scoatere" a bolii psihice din sfera medico-psihiatrică, ci, cum spuneam, o aprofundare a cunoaşterii acesteia (E. Minkowski, *Traité de psychopathologie*; L. Binswanger, *Introduction à l'analyse existentielle*; K. Jaspers, *Allgemeine Psychopathologie*; E.W. Straus, M. Natanson, H. Ey, *Psychiatry and Philosophy*; K.W.M. Fulford, T. Thornton, G. Graham, *Oxford Textbook of Philosophy and Psychiatry*; J. Radden, *The Philosophy and Psychiatry*).
4. Th.S. Szasz, *The myth of mental illness*, *The myth of psychotherapy*; D. Cooper, *Psychiatrie et anti-psychiatrie*; R.D. Laing, *Le moi divisé*; C. Koupernik, *L'antipsychiatrie*.

Criza epistemologică la care am făcut referire nu va putea schimba şi în nici un caz desfiinţa *boala psihică*. Direcţia ei de „contestare" este orientată asupra psihiatriei şi în special asupra psihiatrilor, pe care-i socoteşte răspunzători de „inventarea bolilor psihice".

Un fapt este absolut clar: s-a ajuns la un moment în care nebunia trebuie „(re)-definită" şi „(re)-aşezată" într-un alt *cadru epistemologic*. Cadrul epistemic al nebuniei va trebui să aibă în vedere cele trei dimensiuni ale acesteia: ontologicul, axiologicul şi metafizica. Dar acestea nu trebuie considerate numai ca un punct de vedere filozofic referitor la nebunie, care exclude sau se separă de datele/cunoştinţele pe care i le furnizează psihiatria şi psihopatologia. O epistemologie a nebuniei, din direcţia ştiinţelor umaniste, trebuie să cuprindă toate aspectele doctrinare ale acesteia. În plus, trebuie avut în vedere faptul că nebunia este inseparabilă de normalitate, cu care se află într-un raport de complementaritate. În fine, trebuie să se ţină seama de faptul că atât normalitatea, cât şi nebunia, considerată ca anormalitate, sunt ipostaze egal posibile de „a fi" ale persoanei umane. Se ajunge în felul acesta cu analiza noastră la momentul ei cel mai important, şi anume că, prin analiza atât a normalităţii, cât şi a nebuniei, concluziile finale privesc persoana umană. Epistemologia normalităţii şi cea a nebuniei sunt „sectoare" ale unei *epistemologii personaliste*. Acesta credem că reprezintă cel mai important aspect de care suntem obligaţi să ţinem seama.

Dacă admitem că atât epistemologia normalităţii, cât şi cea a nebuniei sunt „părţi" ale epistemologiei personaliste, concluzia care se desprinde ne conduce către admiterea sau recunoaşterea naturii dialectice a persoanei umane, aşa cum, de altfel, am mai spus în lucrarea noastră şi cu alte ocazii. De aici se desprinde faptul, deosebit de important, că *starea de echilibru* a persoanei umane este dată de „balanţa valorică" a raportului dintre normal şi anormal (nebunie), fapt care dovedeşte o dată în plus că starea de normalitate şi cea de anormalitate sunt complementare.

Din cele de mai sus decurge faptul că „înţelesul" normalităţii şi al anormalităţii derivă din „cunoaşterea" şi „înţelegerea" persoanei umane. Din acest motiv, orice încercare de construcţie epistemică, privind fie normalitatea, fie nebunia, ne va conduce către „epistemologia persoanei".

O *epistemologie personalistă*, de factură „dialectică", se constituie din datele oferite de *ontologia*, *axiologia* şi *metafizica* persoanei umane – atât normală, cât şi anormală. Acest punct de vedere se înfăţişează ca o concluzie a modalităţilor de „a vedea" şi de „a înţelege" persoana umană prin raportul „normal-anormal". Considerăm că acesta este un punct de vedere obiectiv, care aduce o „înţelegere" global-unitară a persoanei umane, dincolo de orice fel de interpretare subiectivă. Să insistăm un moment asupra acestui aspect.

Orice analiză cu caracter unilateral privind exclusiv normalitatea sau nebunia, pe lângă faptul că este incompletă, aduce o mare cantitate de subiectivism care modifică semnificaţia acestora. În plus, din cauza aceluiaşi *subiectivism de opinie*, apare în sfera cunoaşterii un obstacol reprezentat prin „neinteligibilul" nebuniei. Acest „neinteligibil" care blochează cunoaşterea este dat de nerecunoaşterea naturii axiologice a raportului „normal-anormal". Se impune deci o revizuire a etapelor de constituire a unei „epistemologii a persoanei".

O privire istorică asupra evoluţiei cunoaşterii umanului pune în evidenţă puternica impresie subiectivă pe care a produs-o prezenţa nebuniei în viaţa cetăţii. Neobişnuitul, aspectul său dramatic, refuzul oricăror reguli, surpriza şi, mai ales, destinul tragic sunt aspectele subiective imediate, directe care au impresionat emoţional cetatea şi lumea.

Inexplicabilul vine din marea „încărcătură emoţional-afectivă” care face ca nebunia, prin prezenţa ei, să „schimbe” ordinea cetăţii şi a lumii.

Inexplicabilul nebuniei a dus, încă de la Platon, la separarea acesteia în două sectoare : *nebunia culturală* (*Theamania*), de inspiraţie divină, socotind „delirul” ca un semn al zeilor, ca un „dar divin”; şi *nebunia medicală* (*Mania*), ca o stare de tulburare a minţii.

Această diferenţiere „culturală” şi „medicală” a nebuniei a dus la personificarea acesteia (zeiţa Até, Eriniile etc.), dar şi la „episoade de nebunie culturală” (Ajax, Hercule, Oreste etc.). *Mitul nebuniei* îşi găseşte deplina configurare în cazul *epilepsiei*, despre care însuşi Hipocrat spunea că este o „boală divină” (*morbus sacer*). Epilepsia este prima formă de „personalizare” a nebuniei, asociată cu „pedeapsa divină” care vine ca o „lovitură de sus” (*epi-lambao*). Se formează astfel „mitul bolii psihice”, reprezentat prin starea de „posesiune demoniacă” ce va circula mult în istoria culturală a umanităţii, ca o „formă de cunoaştere/superstiţie”, produs al fricii şi ignoranţei[1].

Prezenţa nebuniei tulbura şi dezorganiza viaţa cetăţii. Prin impresia pe care o producea asupra celorlalţi – frică, angoasă –, aducea cu sine o notă de „contagiune” care o făcea periculoasă, producând teamă. Nebunia era privită ca o „pedeapsă divină” şi devine „temă culturală” în cadrul spectacolului tragic, dar şi în sfera moralei[2].

Mitul nebuniei culturale ca *suferinţă dramatică* şi *destin tragic* al oamenilor, venit de la zei, prezent în cultura clasică elină, în tragedia greacă, dar şi în Biblie, este preluat şi continuat în Evul Mediu, în care stările de „posesiune demoniacă” şi „crizele de contagiune psihică” devin extrem de frecvente[3].

Interesant este însă faptul că în secolul al XIX-lea, chiar după medicalizarea *nebuniei* şi transformarea ei în *boală psihică*, „mitul nebuniei” continuă să persiste, în forma „mascat-medicalizată” a *isteriei*. Astfel, în perspectivă istorică, putem „vedea” şi „înţelege” astăzi „nucleul mitologic” al spectacolului nebuniei în celebrele „Leçons de Mardi” ale lui J.M. Charcot de la Clinica de la Salpêtrière. Deşi starea de *„posesiune”* este înlocuită cu termenul „sugestie”, nemărturisit, *mitul nebuniei* continuă să facă o „carieră ştiinţifică” în lumea medicală.

Al doilea moment, pe care-l putem situa în continuarea „spectacolului isteriei” elaborat de J.M. Charcot, este reprezentat de (re)-interpretarea isteriei şi, odată cu aceasta, a nebuniei de către S. Freud, prin transferarea acesteia în sfera psihanalizei. *Nevrozele-conflict-psihotraume* aduc un plus de „înveliş medical”, continuând să păstreze „miezul cultural” al nebuniei. Dar în cazul psihanalizei „spectacolul medical” se retrage discret în „cabinetul de psihoterapie analitică” ca o formă de relaţie de intimitate a medicului cu pacientul.

Şi *omul lui Charcot*, şi *omul lui Freud* sunt, în esenţa lor, produsul unei „mitologii medico-culturale” şi construiesc o formă de „epistemologie clinico-psihiatrică” în interiorul căreia subiectivitatea joacă un rol covârşitor.

O autentică epistemologie a persoanei umane, care să cuprindă concomitent normalul şi anormalul, trebuie construită astfel încât să fie desprinsă de orice fel de subiectivism

---

1. T.K. Osterreich, *Les possédés*; J. De Romilly, *La crainte et l'angoisse dans le théâtre d'Eschyle*.
2. E.R. Dodds, *The greeks and the irrational*; J. De Romilly, *op. cit.*
3. J. Lhermitte, *Les possédés du démon*, în Sem. Hôp.; J. Tonquédec, *Les maladies nerveuses ou mentales et leurs manifestations diaboliques*; M. Ristich de Groote, *La folie à travers les siècles*; J.H. Bless, *Traité de psychiatrie*.

şi, prin urmare, *demitizată*. *Personologia ştiinţifică* trebuie să ia în considerare atât normalitatea, cât şi anormalitatea şi evitarea tratării separate sau, ceea ce este mult mai grav, preferenţială a unuia sau altuia dintre aceste aspecte.

Din aceste considerente, am preferat să recomandăm utilizarea „metodei filozofice" în cunoaşterea persoanei umane şi, cu predilecţie, a „metodei dialectice" de factură comprehensivă, în care atât normalitatea, cât şi anormalitatea, în cazul de faţă nebunia, sunt tratate în mod egal, ca posibilităţi egal posibile de „a fi", atât din punct de vedere valoric pozitiv, cât şi negativ, ale persoanei umane.

50. De la ideea de nebunie la o concepţie despre om

Pot servi cunoştinţele despre *nebunie* la constituirea unei *concepţii despre om* sau, cel puţin, pot ele să o schimbe ori să o completeze prin intermediul „analizei subiectivităţii" nebuniei[1]?

Iată o întrebare serioasă, dar care a fost permanent evitată, fiind considerată nepotrivită, ca, de altfel, şi tema nedorită şi incomodă reprezentată de *nebunie*[2]. Pe scurt, putem *să vedem* şi *să înţelegem* şi „altfel" *omul*, plecând de la concluziile observaţiilor pe care ni le oferă studiul psihopatologic al nebuniei? Putem înlătura orice fel de prejudicii care construiesc o falsă imagine a nebuniei pentru a accede la esenţa umanului? Credem că da.

De regulă, o *concepţie despre om* se constituie sau îşi are sursa în formele normalităţii. Reperele sau „criteriile" de evaluare sunt reprezentate prin starea de „ordine" şi de „echilibru" a normalităţii care o fac „inteligibilă" şi, prin aceasta, acceptată ca având valoare de adevăr, ca fiind o certitudine şi, în final, ca posibilitate ideea de persoană umană pentru intelectul cunoscător. Tot ceea ce iese din interiorul „limitelor" normalităţii este evitat, ascuns, înlăturat, fiind considerat ceva lipsit de valoare, care „strică" ordinea umanului şi, prin aceasta, îi modifică sau chiar îi alterează sensul valoric.

Ideea de om şi atitudinea faţă de el decurg din valorizarea pe care o dă şi o garantează starea de normalitate. Este oare suficient? Ne spune aceasta totul despre om? Este oare epuizat în felul acesta registrul umanului? Nu, în nici un caz. Normalitatea ne „spune" şi ne „arată" numai un singur aspect al persoanei umane: valoarea sa pozitivă. Felul său de „a fi" axiologic afirmativ mascând sau chiar refuzând felul negativ axiologic de „a (nu) fi" al acesteia, respectiv starea de anormalitate.

Nebunia a fost întotdeauna exclusă din contextul unei concepţii despre om. Nu ne putem imagina decât un umanism construit doar pe valorile morale pozitive, respectiv pe

---

1. Trebuie făcută o precizare, pentru a evita confuziile, când ne referim la *analiza subiectivităţii*. Nu trebuie să se înţeleagă faptul că este vorba despre o „analiză subiectivă", ci despre „analiza subiectului pur", considerat ca „parte sufletească a persoanei umane". Analiza subiectivităţii vizează din punct de vedere dialectic, plecând din interior, cunoaşterea subiectului pur.
2. Neacceptarea nebuniei ca subiect al unor discuţii şi analize a fost cauzată de faptul că era (aparent) incomprehensibilă, purtătoare de valori negative din punct de vedere moral şi, din acest motiv, evitată. Nebunia produce teamă, fiind resimţită ca un pericol care „strică ordinea fiinţei", fapt care face ca ea să fie „sacrificată" pentru „conservarea" normalului. Este un punct de vedere de factură subiectivă, ca expresie a unei forme de gândire încă dominate de „mitul nebuniei", produs al unei forme ancestrale de gândire magico-simbolică.

normalitate, pe starea de echilibru şi ordine. Acest „umanism parţial", neautentic prin cultivarea unor prejudecăţi ce refuză „valorile negativităţii", nu poate deveni valid decât acceptând în interiorul lui şi nebunia cu „valorile" ei.

De ce este refuzată nebunia din contextul unei concepţii despre om? Refuzul „vine" sau a fost construit treptat, odată cu „istoria culturală" a nebuniei. Elementele care fac ca nebunia să fie respinsă sunt următoarele: periculozitatea, imprevizibilul, negativitatea axiologică, aparenta dezordine a vieţii sufleteşti, desfigurarea persoanei, aspecte considerate drept forme de degradare valorică a umanului. Toate acestea se opun normalului sau chiar îl înlocuiesc, i se substituie, făcând prin aceasta ca nebunia să devină o temă nedorită, care sperie şi închide orizontul existenţei, modificând în final chiar destinul persoanei.

Aceste prejudecăţi referitoare la nebunie îşi au sursa în reprezentarea ei ca „mister transuman", ceea ce o face să pară de neînţeles. Neinteligibilul şi, de aici, inexplicabilul nebuniei vin din faptul că acesteia i s-a atribuit o notă de „mister". Demistificarea nebuniei o va reintroduce în sfera umanului, cu toată importanţa ei, devenind prin aceasta o componentă importantă a unei concepţii despre om[1].

Din aceste considerente, în plan cultural, nebunia este exclusă din sfera umanului, ca, de altfel, şi „purtătorul" ei, care este nebunul. Excluderea nebunului din cetate este considerată un „act terapeutic" colectiv, iar recluziunea lui un „act profilactic", de oprire a transmiterii colective a nebuniei[2]. Semnificaţia culturală a nebuniei este, din considerentele sus-menţionate, contrară oricărui „ideal uman", întrucât nebunia este un „act de prăbuşire", de „cădere" sufletească şi morală a umanului[3]. Acest punct de vedere trebuie însă depăşit, iar nebunia înţeleasă ca fenomen uman, separată de nota culturală de factură simbolică pe care i-o atribuie „misterul".

O *concepţie despre om* autentică şi completă nu se poate întemeia decât luând în considerare ambele modalităţi calitative ontico-axiologice ale persoanei umane: *normalitatea* şi *anormalitatea*. Orice concepţie despre om trebuie să fie o „viziune comprehensivă" de factură sintetică ce reuneşte toate datele empirice ale „obiectului cunoaşterii". Ea este un „construct" al intelectului cunoscător, un rezultat al totalităţii „experienţelor" lui. Din acest motiv, nu putem să întemeiem şi nici să formulăm o „idee despre om" plecând numai de la „valorile pozitive" ale acestuia. Un asemenea punct de vedere este, cum spuneam mai sus, incomplet şi atacabil, întrucât nebunia nu reprezintă decât un singur aspect al persoanei umane.

Concepţia despre om reprezintă osatura, suportul valoric pe care se edifică *umanismul*. Problema umanismului devine o temă de actualitate în momentele de *criză axiologică* a

---

1. În planul „istoriei (sale) culturale", nebunia este înţeleasă ca fiind „ceva străin", venit din afară şi care „a intrat" în persoana umană, producând prin aceasta un act de „impurificare", ce stigmatizează negativ, din punct de vedere moral, individul. Ea devine prin aceasta „păcat", „vinovăţie", dar şi „pedeapsă divină". În toate situaţiile, ea este privită ca un „stigmat/semn" de „posesiune demoniacă" ce face ca persoana respectivă să fie considerată un „damnat", „impur" şi nebunia un „rău" (*morbus*) care nu poate fi îndepărtat decât printr-un act de „pedepsire purificatoare".
2. Prin aceasta i se recunoaşte nebuniei calitatea de „a fi transmisibilă" ca oricărui viciu moral, fie prin „inducţie magică" (sugestie), fie prin „imitaţie".
3. Acesta este un punct de vedere întemeiat pe ideea negativităţii axiologice a nebuniei, care face ca aceasta, în plan moral, să fie considerată o stare negativ-malefică a fiinţei şi, prin aceasta, dăunătoare liniştii şi echilibrului celorlalţi, motiv pentru care trebuie izolată şi pedepsită.

umanului, atunci când „reperele" gândirii tradiţionale se pierd, încercându-se înlocuirea lor cu altele noi. Umanismul se constituie ca un domeniu doctrinar unde se încrucişează idei, atitudini, reprezentări, ce, plecând de la „realitatea umană", propun şi caută să impună „modele/construcţii" ale unui anumit „fel de a fi" ideal în care „obligă" omul să intre şi cu care să se identifice, să semene. Să nu uităm că intelectul nu este capabil să înţeleagă decât ceea ce este conform cu modalitatea sa de organizare logico-raţională, de factură dialectică[1].

Trebuie făcută o precizare de ordin metodologic. Se poate ridica obiecţia la nebunie se face referire din diverse puncte de vedere, după cum acelaşi lucru se poate spune şi despre om. Astfel, impresia sau opinia despre om poate veni din partea unei persoane normale sau a unei persoane anormale, a unui nebun etc. O concepţie autentică despre om trebuie să fie însă neutră şi impersonală. Ea trebuie să fie acceptată la fel de toţi. În plus, ea trebuie înţeleasă ca fiind un „construct (operaţional) al intelectului", reprezentând o „simili-realitate" care desemnează ceea ce este, ca realitate posibilă, omul în esenţa lui. Pe scurt, orice *concepţie despre om* trebuie să cuprindă şi să exprime *adevărul* despre om. Acest adevăr este de factură axiologică, fapt care îl separă de adevărul logic. El se întemeiază pe sistemul de valori care determină modalităţile ontice de „a fi" ale persoanei umane. Acest „adevăr" despre om, fiind în primul rând un concept de determinare axiologică, este un "ethos"[2] care în final reprezintă „tipul uman ideal". Rezultă prin urmare că orice concepţie despre om se întemeiază sau tinde să se identifice cu un *ideal*. Întrucât *idealul* exprimă sau concentrează în el valorile pozitive către care tinde ca „împlinire de sine" persoana, nebunia ca „valoare negativă" nu poate reprezenta o „aspiraţie" sau o „condiţie" ideală[3]. Va exclude acest aspect nebunia din sfera umanului? Nicidecum. Să încercăm să lămurim această afirmaţie.

Din ce vin toate acestea, care este sursa lor? Omul este fiinţa care caută permanent. El întreabă, căutând ca prin întrebările sale să obţină explicaţii. Aceste „întrebări-căutări" fie se încadrează în „interiorul limitelor" admise şi inteligibile ale normalităţii, fie vin din „interiorul (mai puţin precis) al limitelor" sau, mai exact spus, de „dincolo de limitele" necunoscute şi neinteligibile ale anormalităţii. Cum trebuie văzut şi înţeles acest aspect? Să reducem „reprezentarea" şi „înţelesul" umanului la normalitate, eliminând anormalitatea, sau să o luăm în considerare numai pe aceasta din urmă, analizând aspectul axiologic al negativităţii? Singura şi cea mai corectă „cale" (*methodos*) este de a privi omul din perspectiva dialectică a „dublei sale posibilităţi" de „a fi" ca persoană.

Un *umanism* autentic, care să se întemeieze pe o *concepţie despre om*, trebuie să cuprindă toate aspectele ontologice şi valorice ale persoanei, fără a le separa sau, ceea ce este mult mai grav, a le elimina pe unele, păstrând numai ceea ce este convenabil. Mai mult chiar, un asemenea punct de vedere este singurul capabil să ne ofere o viziune completă, sintetică a „ideii despre om" care să reflecte natura lui axiologică. Dar, dacă

1. C. Enăchescu, *Da şi Nu*.
2. Aici termenul „ethos" trebuie înţeles cu sensul de „fel de a fi" al unei persoane, ca sursă a semnificaţiei sale axiologice şi, în continuare, ca „tip moral".
3. Acest punct de vedere susţine însă o *concepţie despre om* întemeiată numai pe „valorile pozitive" ale stării de normalitate, fără a lua în seamă aspectele valorice negative ale anormalităţii.

este aşa, în ce măsură se poate vorbi despre aspiraţia către un „model de ideal" cu nebunia?

Având în vedere cele de mai sus, ne punem din nou întrebarea dacă nebunia poate reprezenta un „motiv/argument" tematic la edificarea unei concepţii despre om, dacă cunoaşterea nebuniei poate contribui la completarea sau – de ce nu? – chiar la deificarea unei concepţii despre om. Personal, am această convingere şi voi încerca să o dezvolt în cele ce urmează.

Dacă vom alege drept „criteriu de referinţă" *idealul uman*, atunci trebuie să admitem că nu numai „valorile pozitive", ci în egală măsură şi „valorile negative" contribuie la edificarea umanului. Echilibrul şi dezechilibrul, respectiv normalul şi anormalul sunt stări pe care intelectul cunoscător le surprinde, judecându-le în raport cu „valoarea" persoanei umane, la un moment dat. Omul nu este numai cel care „este" conform cu „normele", ci el „este", în egală măsură, şi cel ce refuză „normele" şi se revoltă împotriva lor pentru a „depăşi" limitele care-i sunt impuse de ele. În mod paradoxal, însăşi obligativitatea de „a fi conform cu normele", adică de „a fi normal", poate fi resimţită ca o constrângere. În această situaţie, normalitatea reprezintă „condiţia potenţială" din care se dezvoltă anormalitatea. Mai putem oare, în cazul acesta, să întemeiem o concepţie despre om care să nu aibă în vedere anormalitatea? Aceasta cu atât mai mult cu cât anormalitatea, considerată în raport cu „limitele normei", se poate construi fie „în interiorul limitelor", ca o „prăbuşire în sine", fie „în exteriorul limitelor", ca o „ieşire din sine".

Totul este omenesc. Virtutea şi păcatul, adevărul şi eroarea, binele şi răul, mila şi cruzimea, dragostea şi ura, tot ceea ce face ca omul să fie *pur* sau *impur* din punct de vedere moral, toate îşi au locul şi se manifestă *în* şi *prin* aceeaşi persoană. Mai mult chiar, cele două atribute axiologice morale sunt inseparabile. Din acest motiv, separaţia care se face între *omul virtuos* şi *omul păcătos* este pur artificială; cu atât mai mult în cazul separaţiei dintre normalitate şi nebunie, care, în cazul acesteia din urmă, se manifestă printr-o atitudine de izolare, excludere şi recluziune. Toate acestea impun o revizuire a ideilor privind raportul dintre *om* şi *nebunie*. Acest fapt presupune că o definiţie din care să decurgă înţelesul omului şi al umanului nu este nici posibilă şi nici completă fără a fi inclusă tematic şi nebunia.

Nebunia ne oferă deschiderea către o anumită *concepţie despre om*, o înţelegere particulară a lui, la care însă nici psihologul şi nici psihiatrul nu au acces. Cauza este că atât psihiatrul, cât şi psihologul, pentru a explica nebunia, „fragmentează" viaţa psihică şi o analizează sub forma unor „teme separate". Un asemenea exemplu este reprezentat de analiza individualizată a *normalităţii* şi *anormalităţii*. Cei cu o astfel de atitudine metodologică nu vor reuşi niciodată să „vadă" persoana umană în ansamblul ei şi să formuleze o concepţie generală despre om.

O analiză comparativă scoate în evidenţă faptul că nebunia este mult mai nuanţată şi mai complexă decât normalitatea; mai mult chiar, ea pune în lumină aspecte pe care normalitatea nu ni le mai „arată".

Nebunia este „trăire dramatică" şi „prăbuşire tragică". Ea este „efortul disperat al depăşirii" propriilor limite, dar şi al limitelor lumii. Din acest motiv, în persoana oricărui nebun trebuie să vedem un Icar care, prin avântul său, alege, fără a reflecta în prealabil, un destin al prăbuşirii. Din acest motiv, „sublimul" nebuniei, dacă ne este îngăduit să ne exprimăm astfel, trebuie înţeles, în mod paradoxal, ca fiind o „tentaţie a

eşecului". În felul acesta, nebunia va fi înţeleasă ca o „lecţie de viaţă" paradoxală, dar posibilă. O „evadare" din „limitele normei", o căutare a altor coordonate axiologice. Să încercăm să explicăm aceste afirmaţii.

Psihologia şi psihiatria „văd" şi „recunosc" existenţa nebuniei, pe care caută să o explice, fără însă a-i pătrunde şi înţelesul. Ele se limitează la „observaţia" nebunului. În felul acesta, dintr-o perspectivă metodologică, având ca punct de plecare „cauzalitatea procesului morbid" (etiologia), se fragmentează obiectul cunoaşterii, care apoi este „clasificat" (nosografia) în „specii clinice" de cunoaştere particulară. Concluziile pe care le desprind de aici sunt la fel de parţiale.

Atât *normalitatea*, cât şi *anormalitatea*, raportate la sfera vieţii psihice, reprezentate prin *sănătatea mintală* şi *nebunie*, sunt manifestări ale „formelor de a fi" ale persoanei umane. Comparativ, una cu cealaltă, ele sunt „a fi astfel", considerat ca normalitate, şi „a fi altfel", considerat ca anormalitate. Diferenţa dintre normalitate şi nebunie este, în esenţa ei, de natură axiologică, marcând în felul acesta modalităţile ontologice ale persoanei, normalitatea şi nebunia înfăţişându-se ca ipostaze egal posibile de „a fi" ale umanului. Acest raport ontologic „normalitate/nebunie" devine explicit prin caracterul său dialectic.

Dialectica comprehensivă[1] se orientează către o analiză a vieţii interioare. Ea „vede" nebunia ca pe un „ansamblu coerent" în contextul ontologic, capabil să fie înţeles ca „fenomen uman", la fel ca şi normalitatea. Metoda „dialecticii comprehensive" devine în felul acesta o „hermeneutică" ce „înţelege" nebunia plecând din interior, de la subiectiv către obiectiv. Ea se centrează pe „analiza subiectivităţii" *persoanei*, considerată ca dat unic, *per se una*, şi nu pe conceptul prea general şi, prin aceasta, impersonal de *om*.

Analiza subiectivităţii explică „natura" (sensul şi destinul) persoanei. Ea descoperă aspectele „criptice" ale umanului, revelându-ne în concluzie semnificaţia lui ultimă, concentrată în destinul său. Nebunia ca destin în care nebunul este sau joacă rolul unui personaj al unui „scenariu tragic" al împotrivirii. Dar acesta reprezintă un punct de vedere mult mai greu de admis, întrucât pune „altfel" problema.

Este posibil să „explicăm" nebunia, aceasta fiind „neinteligibilă"? Orice poate fi explicat. Ceea ce nu putem explica încă va putea fi explicat ulterior.

Dacă nebunia, prin modalităţile sale ontologice de „a fi altfel", pare să „contrazică" sau chiar să „sfideze" normele axiologice, ea depăşeşte de fapt existenţa, întrucât, trecând peste aceasta, vizează destinul persoanei umane. În acest caz, dacă normalitatea exprimă o „modalitate de existenţă", nebunia, dimpotrivă, va exprima, în mod dominant, o „modalitate a destinului".

Persoana normală este „imaginea creaţiei", nebunul e cel care „se împotriveşte Creatorului", cel care „sfidează creaţia". Dar atât „a fi normal", cât şi „a fi nebun" sunt ipostaze egal posibile din punct de vedere ontologic ale persoanei umane. Persoana umană cuprinde, ca potenţialitate, ambele situaţii, demonstrând încă o dată natura organizării sale dialectice. A fi normal înseamnă a-ţi accepta şi a-ţi asuma destinul. A fi nebun înseamnă a te împotrivi propriului destin sau a te închide în el, în încercarea iluzorie de a te „separa". Pentru A. de Lamartine, omul este un „zeu căzut" despre care spune: „Borné dans sa nature, infini dans ses vœux/ L'homme est un Dieu tombé qui se souvient des cieux".

1. C. Enăchescu, *Da şi nu*.

Concluzia ultimă care se desprinde arată că persoana umană este o „ființă axiologică", având ca nucleu (structural) „central" un „ethos" ce reprezintă acel *Ursprung*, sursa (auto)determinării sale valorice. Ea poate avea, în egală măsură, o *valoare pozitivă*, ca „afirmare de sine", conformă cu normele lumii, sau una negativă, ca „negare de sine", contrară valorilor lumii. În prima situație este considerată normală, iar în a doua situație este considerată nebunie. Aceasta însă, departe de a fi o situație contradictorie, demonstrează caracterul naturii dialectice a persoanei umane și, prin aceasta, raportul de complementaritate al *normalității* și *nebuniei*. Integrarea acceptată a nebuniei în organizarea persoanei umane completează și întregește înțelesul și explicarea umanului.

Bibliografie selectivă

Abély, A.M.P., *L'anxiété*, Masson, Paris, 1947.
Abraham, G., *Psychodynamique essentielle normale et pathologique*, Doin, Paris, 1964.
Abramson, J., *L'enfant et l'adolescent instables*, PUF, Paris, 1940.
Accoce, P.; Rentchnick, P., *Ces nouveaux malades qui nous gouvernent*, Stock, Paris, 1997.
Ajuriaguerra, J., *Manuel de psychiatrie de l'enfant*, Masson, Paris, 1974.
Allendy, R., *Le problème de la déstinée*, Gallimard, Paris, 1927.
Allport, G.W., *Structura şi dezvoltarea personalităţii*, EDP, Bucureşti, 1981.
Amado, G., *Fondements de la psychopathologie*, PUF, Paris, 1982.
Aubert, F.; Guittard, Ph., *Esenţial medical de buzunar*, Libra, Bucureşti, 2002.
Baechler, J., *Les suicides*, Calman-Levy, Paris, 1975.
Ball, B., *Leçons sur les maladies mentales*, Asselin et Honzeau, Paris, 1890.
Ballet, G., *Traité de pathologie mentale*, Doin, Paris, 1903.
Barrucand, D., *La catharsis dans le théâtre et la psychothérapie*, EPI, Paris, 1970.
Baruk, H., *Traité de psychiatrie*, vol. I-II, Masson, Paris, 1959.
Bastide, G., *Sociologie des maladies mentales*, Flammarion, Paris, 1965.
Baudouin, Ch., *Psychanalyse de l'art*, Alcan, Paris, 1929.
Belaval, Y., *Les philosophes et leur langage*, Gallimard, Paris, 1952.
Benesch, H., *Wörterbuch zur Klinischen Psychologie*, vol. I-II, DTV, München, 1981.
Benon, R., *L'hystérie. Crises et sequelles*, A. Legrand, Paris, 1928.
Berner, P., *Psychiatrische Systematik*, H. Huber, Berna, 1977.
Berrios, G.E., „Descriptive psychopathology : Conceptual and historical aspects", *Psychol. Med.*, 14, 1984.
Berrios, G.E., „Historiography of mental symptoms and diseases", *His. Psychiatrie*, 5, 1994.
Berrios, G.E., Portes, R., *The history of clinical psychiatry*, Athlone, Londra, 1995.
Besançon, G., *Le psychiatre et son malade en pratique quotidienne*, Masson, Paris, 1983.
Binswanger, L., *Der Mensch in der Psychiatrie*, Günther Neske, Pfullinger, 1957.
Binswanger, L., *Grundformen und Erkentnnis menschlichen Daseins*, E. Rinehardt, München, 1964.
Binswanger, L., *Introduction à l'analyse existentielle*, Minuit, Paris, 1971.
Bless, J.H., *Traité de psychiatrie. Psychopathologie morale*, Beyaert, Bruges et Lethielleux, Paris, 1938.
Bleuler, E., *Deméntia praecox or the group of schizophrenias*, Int. Univ. Press, New York, 1949.
Bleuler, E., *Lehrbuch der Psychiatrie*, Springer, Berlin, 1985.
Bloch, H.; Niederhoffer, A., *Les bandes d'adolescents*, Payot, Paris, 1963.
Bobon, J.; *Psychopathologie de l'expression*, Masson, Paris, 1962.
Boigey, M., *Introduction à la médecine des passions*, Alcan, Paris, 1914.
Bolton, D.; Hill, J., *Mind, meaning and mental disorder : The nature of causal explanation in psychology and psychiatry*, Oxford University Press, 2003.
Bonnafé, L., *Le personnage du psychiatre ou l'art de la sympathie*, Ed. Sociales, Paris, 1961.
Boucebici, M., „La psychopathologie au regard de la culture", *Evol. Psychiat.*, 55, 1990.

Bräutigam, W., *Reaktionnen, Neurosen, Abnorme Persönlichkeiten*, Thieme, Stuttgart, 1985.
Brès, Y., *La psychologie de Platon*, PUF, Paris, 1968.
Bumke, O., *Lehrbuch der Geisteskrankheiten*, J.F. Bergmann, München, 1936.
Burchard, J.M., *Lehrbuch der systematischen Psychopathologie*, vol. I-II, F.K. Schattauer Verlag, Stuttgart, 1980.
Canguilhem, G., *Le normal et le pathologique*, PUF, Paris, 1966.
Cargnello, D., *Alteritá e alienitá*, Feltrinelli, Milano, 1966.
Chaslin, Ph., *Eléments de sémiologie et clinique mentales*, Asselin et Honzeau, Paris, 1912.
Chaslin, Ph., *La confusion mentale primitive*, Asselin et Honzeau, Paris, 1895.
Clérambault, G., *Œuvre psychiatrique*, vol. I-II, PUF, Paris, 1942.
Cooper, D., *Psychiatrie et antipsychiatrie*, Seuil, Paris, 1970.
Corman, L., *Nouveau manuel de morphopsychologie*, Stock et Plus, Paris, 1977.
Cristian, P., „Medizinische und philosophische Anthropologie", în H.W. Altmannn, *Handbuch der Allgemeinen Pathologie*, vol. I, Springer, Berlin, 1969.
Crown, S., *Essential principles of psychiatry*, Pittman, Londra, 1970.
Dagonet, H., *Traité des maladies mentales*, J.B. Baillière, Paris, 1878.
Damaye, H., *Psychiatrie et civilisation*, Alcan, Paris, 1934.
Damaye, H., *Psychopathologie sociale*, Alcan, Paris, 1926.
Darel, Th., *La folie*, Alcan, Paris, 1901.
David, A., *Fugile patologice*, Inst. Arte Grafice „Ardealul", Cluj, 1935.
De Giacomo, U. *et al.*, *Le psicosi sperimentali*, Feltrinelli, Milano, 1962.
De Jong, H.; Baruk, H., *La catatonie expérimentale par la bulbocapnine*, Masson, Paris, 1930.
Delacroix, H., *Les grandes formes de la vie mentale*, Alcan, Paris, 1934.
Delay, J.; Pichot, P., *Abrégé de psychologie*, Masson, Paris, 1969.
Deniker, P.; Lempérière, Th.; Guyotat, J., *Précis de psychiatrie clinique de l'adulte*, Masson, Paris, 1990.
Descartes, R., *Pasiunile sufletului*, Ed. Ştiinţifică, Bucureşti, 1984.
Deshaies, G., *Psychopatologie générale*, PUF, Paris, 1967.
Deutsch, H., *Problèmes de l'adolescence*, Payot, Paris, 1970.
Dide, M., *L'hystérie et l'évolution humaine*, Flammarion, Paris, 1935.
Dide, M.; Guiraud, P., *Psychiatrie du médecin praticien*, Masson, Paris, 1929.
Dilthey, W., *Introduction à l'étude des sciences humaines*, PUF, Paris, 1942.
Dimolescu, A., *Caracter, constituţie, temperament*, Arta, Bucureşti, 1932.
Dimolescu, A., *Psihozele emoţionale*, Cultura, Bucureşti, 1936.
Dracoulidés, N.N., *Psychanalyse de l'artiste et de son œuvre*, Mont-Blanc, Geneva, 1952.
Dupré, E., *Pathologie de l'imagination et de l'émotivité*, Payot, Paris, 1925.
Durkheim, E., *Le suicide*, Alcan, Paris, 1930.
Ellenberger, H.F., „Ethno-psychiatrie", în EMC, *Socio-psychiatrie*, vol. III, Masson, Paris, 1965.
Enăchescu, C., „Struttura ed esistenza nella psicologia normale e patologica (Saggio sula questione ontologica nella patologia mentale)", *Riv. Psicol. Soc*, 17, 4, 1970.
Enăchescu, C., „Analyse psychopathologique des rêves et des états oniro-hallucinatoires dans la peinture des malades mentaux", *Ann. Med. Psychol.*, 1, 2, 1970.
Enăchescu, C., „Consideraţii asupra aspectelor «psihoestetice» ale artei psihopatologice", *Neurologia*, 18, 4, 1973.
Enăchescu, C., „Le roman schizophrénique", *Ann. Méd.-Psychol.*, 1, 2, 1968.
Enăchescu, C., „Les complexes idéo-affectifs et leurs représentations dans les dessins des malades mentaux", *Encéphale*, 3, 1968.
Enăchescu, C., „Les troubles du schéma corporel et leurs représentations dans le dessin", *Encéphale*, 3, 1971.

Enăchescu, C., „Névrose et art psychopathologique", *Ann. Méd.-Psychol.*, 2, 5, 1970.
Enăchescu, C., „Unele aspecte psihopatologice în literatură şi în arta plastică", *Neurologia*, 17, 2, 1972.
Enăchescu, C., *Experienţa vieţii interioare şi cunoaşterea de sine. De la Socrate la Freud*, Fast Print, Bucureşti, 1997.
Enăchescu, C., *Expresia plastică a personalităţii*, Ed. Ştiinţifică, Bucureşti, 1975.
Enăchescu, C., *Fenomenologia nebuniei*, Paideia, Bucureşti, 2003/2005.
Enăchescu, C., *Igiena mintală şi recuperarea bolnavilor psihici*, Ed. Medicală, Bucureşti, 1979.
Enăchescu, C., *Neuropsihologie*, Victor, Bucureşti, 1996.
Enăchescu, C., *Psihologia activităţii patoplastice*, Ed. Ştiinţifică, Bucureşti, 1977.
Enăchescu, C., *Tratat de igienă mintală*, Polirom, Iaşi, 2004.
Enăchescu, C., *Tratat de psihanaliză şi psihoterapie*, Polirom, Iaşi, 2003.
Enăchescu, C., *Tratat de psihologie morală*, Ed. Tehnică, Bucureşti, 2005.
Enăchescu, C., *Tratat de psihosexologie*, Polirom, Iaşi, 2003.
Enăchescu, C., *Tratat de teoria cercetării ştiinţifice*, Polirom, Iaşi, 2005.
Enăchescu, C., *Fenomenologia trupului*, Paideia, Bucureşti, 2005.
Enăchescu, C., *Da şi Nu. Dialectica comprehensivă a vieţii sufleteşti*, Paideia, Bucureşti, 2006.
Enăchescu, C., *Artă şi nebunie*, Noi-Mediaprint, Bucureşti, 2006.
Eramiane, R., *Psychoprosopologie*, vol. I-IV, Paris, 1963.
Erasmus din Rotterdam, *Elogiul nebuniei*, G.M. Amza, Bucureşti, 1942.
Ey, H., *Conştiinţa*, Ed. Ştiinţifică, Bucureşti, 1983.
Ey, H., *Défense et illustration de la psychiatrie. La réalité de la maladie mentale*, Masson, Paris, 1978.
Ey, H., *Des idées de Jackson à un modèle organodynamique en psychiatrie*, Privat, Toulouse, 1975.
Ey, H., „Folie et monde moderne", *Evol. psychiat.*, 33, 2, 1968.
Ey, H., *Hallucinations et délire*, Alcan, Paris, 1934.
Ey, H., *Traité des hallucinations*, vol. I-II, Masson, Paris, 1973.
Ey, H. ; Bernard, P. ; Brisset, Ch., *Manuel de psychiatrie*, Masson, Paris, 1970.
Eysenck, H.J., *Handbook of abnormal psychology*, Pitman, Londra, 1960.
Falret, J., *Etudes cliniques sur les maladies mentales et nerveuses*, J.B. Baillière, Paris, 1890.
Favez-Boutonier, J., *L'angoisse*, PUF, Paris, 1963.
Ficeac, B., *Tehnici de manipulare*, Nemira, Bucureşti, 2004.
Florian, M., *Arta de a suferi*, Socec, Bucureşti, f.a.
Forel, A., *La question sexuelle*, J.B. Baillière, Paris, 1931.
Foucault, M., *Folie et déraison. Histoire de la folie à l'âge classique*, Plon, Paris, 1961.
Foucault, M., *Les mots et les choses*, Gallimard, Paris, 1966.
Foucault, M., *Maladie mentale et psychologie*, PUF, Paris, 1966.
Foucault, M., *Naissance de la clinique*, PUF, Paris, 1963.
Foulquie, P., *Psychologie*, Les Editions de l'Ecole, Paris, 1959.
Foulquie, P. ; Saint-Jean, R., *Dictionnaire de la langue philosophique*, PUF, Paris, 1969.
Freedman, A.M. *et al.*, *Comprehensive textbook of psychiatry*, vol. I-II, The Williams and Wilkins Comp., Baltimore, 1975.
Freedman, Th., *Psychopathology of the psychoses*, Tavistock Publ., Londra, 1969.
Freud, S., *Essais de psychanalyse*, Payot, Paris, 1927.
Freud, S., *La psychopathologie de la vie quotidienne*, Payot, Paris, 1926.
Fromm, E., *The sane society*, Holt, Rinehard and Wilston, New York, 1976.
Fulford, K.W.M. ; Thornton, T. ; Graham, G., *Oxford textbook of philosophy and psychiatry*, Oxford University Press, 2006
Gebsattel, V.E., *Imago hominis. Beiträge zu einer personalen Anthropologie*, O. Müller Verlag, Salzburg, 1968.

Gebsattel, V.E., *Prolegomena einer medizinischen Anthropologie*, Springer, Berlin, 1954.

Gelder, M.G. ; Lopez-Ibor, J.J. ; Andreasen, N.C., *New Oxford textbook of psychiatry*, vol. I-II, Oxford University Press, 2005.

Genil-Perrin, G., *Histoire des origines et de l'évolution de l'idée de dégénérescence en médecine mentale*, Paris, 1913.

Genil-Perrin, G., *Les paranoïques*, Maloine, Paris, 1926.

Georgin, B., „Remarques sur le discours nosologique en psychiatrie", *Evol. Psychiat.*, 45, 1980.

Giudicelli, S., „Le concept d'angoisse", *Evol. Psychiat.*, 48, 1983.

Goldstein, M.J. ; Palmer, J.O., *The experience of anxiety*, Oxford University Press, Londra, 1963.

Göppinger, H. ; Witter, H., *Handbuch der forensischen Psychiatrie*, vol. I-II, Springer, Berlin, 1972.

Goshen, Ch.E., *Documentary history of psychiatry : A source book of historical principles*, Vision Press Ltd., Londra, 1967.

Grégoire, F., *La nature du psychique*, PUF, Paris, 1963.

Griessinger, W., *Les maladies mentales*, Paris, 1868.

Grinker, R.R. ; Robbins, F.P., *Cliniques psychosomatiques*, PUF, Paris, 1959.

Grivois, H., *Les monomanies instinctives. Funestes impulsions*, Masson, Paris, 1990.

Gross, H. ; Kaltenbäck, E., *Psychopharmaka*, Facultas, Viena, 1967.

Gruhle, H.W. *et al.*, *Psychiatrie der Gegenwart*, vol. I-III, Springer, Berlin, 1961.

Guilhot, J., *La dynamique de l'expression et de la communication*, Mouton, Paris, 1962.

Gusdorf, G., *Dieu, la nature, l'homme au siècle des lumières*, Payot, Paris, 1972.

Gusdorf, G., *L'avènement des sciences humaines au siècle des lumières*, Payot, Paris, 1973.

Gusdorf, G., *La découverte du soi*, PUF, Paris, 1948.

Gusdorf, G., *La révolution galiléenne*, vol. II, Payot, Paris, 1969.

Henn, F. ; Sartorius, V.A. ; Helmchen, H. ; Lauter H., *Contemporary psychiatry*, vol. I-III, Springer, Berlin, 2001.

Hesnard, A., *Traité de sexologie normale et pathologique*, Payot, Paris, 1933.

Hill, P. *et al.*, *Essentials postgraduate psychiatry*, Grune et Stratton, New York, 1979.

Hinsie, L.E. ; Campbell, R.J., *Psychiatric dictionary*, Oxford University Press, Londra, 1975.

Howells, J.G., *Principles of family psychiatry*, Pitman Medical, Londra, 1975.

Husserl, E., *L'idée de la phénoménologie*, PUF, Paris, 1970.

Itard, J.M.G., „Vesanies", *Evol. Psychiat.*, 53, 1988.

Jakab, I., *Dessins et peintures des aliénés*, Akad, Budapesta, 1956.

Janet, P., *De l'angoisse à l'extase*, vol. I-II, Alcan, Paris, 1933.

Janet, P., *L'automatisme psychologique*, Alcan, Paris, 1889.

Janet, P., *Névroses et idées fixes*, vol. I-II, Alcan, Paris, 1925.

Jaspers, K., *General psychopathology*, Manchester University Press, Manchester, 1963.

Jaspers, K., *Initiation à la méthode philosophique*, Payot, Paris, 1970.

Jaspers, K., *Philosophie*, Springer, Berlin, 1986.

Jaspers, K., *Psychologie der Weltanschauungen*, Springer, Berlin, 1960.

Joffroy, A. ; Dupouy, R., *Fugues et vagabondage*, Alcan, Paris, 1909.

Joule, R.V. ; Beauvois, J.L., *Tratat de manipulare*, Ed. Antet, Bucureşti, 1997.

Kant, I., „Essai sur les maladies de la tête", *Evol. Psychiat.*, 42, 2, 1977.

Kant, I., *Anthropologie*, Librairie philosophique de Landrange, Paris, 1863.

Kaplan, H.I. ; Sadock, B.J. ; Sadock, V.A., *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, vol. I-II, Lippincott, Williams & Wilkins, Philadelphia, 2000.

Kielholz, P., *Etats dépressifs*, H. Huber, Berna, 1972.

Kielholz, P., *La dépression masquée*, H. Huber, Berna, 1973.

Kierkegaard, S., *Le concept d'angoisse*, Alcan, Paris, 1935.

Kolle, K., *Grosse Nervenärtze*, vol. I-II, Theime Verlag, Stuttgart, 1956-1959.
Koupernik, C., *L'antipsychiatrie*, PUF, Paris, 1974.
Kraepelin, E., *Psychiatrie*, vol. I-IV, J.A. Barth, Leipzig, 1909.
Kraft-Ebbing, R., *Psychopathia sexualis*, Payot, Paris, 1931.
Kretschmer, E., *Manuel théorique et pratique de psychologie médicale*, Payot, Paris, 1927.
Kretschmer, E., *La structure du corps et le caractère*, Payot, Paris, 1930.
Kuhn, R., „Daseinsanalyse und Psychiatrie", *Psychiatrie der Gegenwart*, vol. I/2, Springer, Berlin, 1963.
Laforgue, R.; Allendy, R., *La psychanalyse et les névroses*, Payot, Paris, 1924.
Laignel-Lavastine, A., „Les épidémies de démonopathies", *Sem. Hop.*, XIV, 17, 1938.
Laignel-Lavastine, M. *et al.*, *La pratique psychiatrique*, J.B. Baillière, Paris, 1929.
Lange, J., *Kurzgefasstes Lehrbuch der Psychiatrie*, G. Thieme, Leipzig, 1936.
Lange-Eichbaumm, W., *Genie, Irrsin und Ruhm*, E. Reinhardt, München, 1942.
Lanteri-Laura, G., „Iatrogénie et pathogénies en médecine générale et en psychiatrie", *Evol. Psychiat.*, 54, 1989.
Lanteri-Laura, G., „La connaissance clinique : histoire et structure en médecine et en psychiatrie", *Evol. Psychiat.*, 47, 1982.
Lanteri-Laura, G., „La sémiologie psychiatrique : son évolution et son état en 1982", *Evol. Psychiat.*, 48, 1983.
Lanteri-Laura, G., *Fondements philosophiques de la psychiatrie phénoménologique*, PUF, Paris, 1963.
Lanteri-Laura, G., *Lecture des perversions*, Masson, Paris, 1979.
Lanteri-Laura, G.; Gros, M., *La discordance*, UNICET, Paris, 1984.
Laplantine, F., *Anthropologie de la maladie*, Payot, Paris, 1986.
Lavelle, L., *Le mal et la souffrance*, Paris, 1940.
Le Senne, R., *Traité de morale générale*, PUF, Paris, 1961.
Leger, J-M.; Garoux, G., „La vision et le regard. Leur rôle en psychologie et psychopathologie", *Evol. Psychiat.*, 42, 1, 1977.
Leguie, F, „Des signes de la clinique à une clinique de signe", *Evol. Psychiat.*, 55, 1990.
Leonhard, K., *Personalităţi accentuate în viaţă şi literatură*, Ed. Enciclopedică, Bucureşti, 1972.
Lester, D., *Why people kill themselves*, Ch. Thomas, Springfield, 1972.
Lévi-Strauss, Cl., *Antropologia structurală*, Ed. Politică, Bucureşti, 1978.
Lhermitte, J., „Les possédés du démon", *Sem. Hop.*, XIV, 17, 1938.
Lhermitte, J., *Le sommeil*, A. Colin, Paris, 1931.
Lishman, W.A., *Organic psychiatry*, Blackwell Scient. Publ., Londra, 1978.
Lombroso, C., *L'homme criminel*, vol. I-II, Alcan, Paris, 1895.
Lombroso, C., *L'homme de génie*, Alcan, Paris, 1909.
Lopez-Ibor, J.J., „Depressive Aquivalente", în H. Hippius, H. Selbach, *Das Depressive Syndrom*, Berlin, 1968.
Luys, J., *Traité clinique et pratique des maladies mentales*, Paris, 1881.
Magnan, V., *Leçons cliniques sur les maladies mentales*, Paris, 1893.
Manfredi, M., *L'irrazionale vissuto*, Dedalo libri, Bari, 1972.
Marcelli, D., *Les états limites en psychiatrie*, PUF, Paris, 1981.
Marcelli, D., *Tratat de psihopatologia copilului*, EFG, Bucureşti, 2003.
Marie, A., *Traité international de psychologie pathologique*, vol. I-III, Alcan, Paris, 1911.
Marnani, G., „Iatrogénitalité", *Evol. Psychiat.*, 54, 1989.
Masserman, J., *Principes de psychiatrie dynamique*, PUF, Paris, 1956.
Mayer, H., *Compendium der Neurologie und Psychiatrie für Studium und Praxis*, Speyer und Kaerner, Freiburg in Baden, 1934.
Mayer-Gross, W. *et al.*, *Clinical psychiatry*, J.B. Baillière, Tindal et Cassell, Londra, 1970.
Menninger, K., *Man against himself*, Harcourt, Bruce and World Inc., New York, 1938.

Menninger, K., *The human mind*, Alfred A. Knopf, New York, 1976.
Merleau-Ponty, M., *Phénoménologie de la perception*, Gallimard, Paris, 1945.
Meyrat, G., „Psychiatrie et philosophie", *Méd. Hyg*, 31, 1076, 1973.
Minkowski, E., *La schizophrénie*, Payot, Paris, 1927.
Minkowski, E., *Le temps vécu*, Ed. d'Artrey, Paris, 1933.
Minkowski, E., *Traité de psychopathologie*, PUF, Paris, 1966.
Monakow, C. ; Mourgue, R., *Introduction biologique à l'étude de la néurologie et de la psychopathologie*, Alcan, Paris, 1928.
Moreau de Tours, J., *La psychologie morbide dans ses rapports avec la philosophie de l'histoire ou de l'influence des névropathies sur le dynamisme intellectuel*, Masson, Paris, 1859.
Morel, B.A., *Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l'espèce humaine et des causes qui produisent ces variétés maladives*, J.B. Baillière, Paris, 1857.
Morel, B.A., *Traité des maladies mentales*, J.B. Baillière, Paris, 1860.
Müller, Ch., *Lexikon der Psychiatrie*, Springer, Berlin, 1973.
Müller, Ch., *Manuel de gérontopsychiatrie*, Masson, Paris, 1969.
Nathan, M., *L'esprit et ses maladies*, Rieder, Paris, 1930.
Navratil, L., *Schizophrenie und Kunst*, DTV, München, 1965.
Navratil, L., *Schizophrenie und Sprache*, DTV, München, 1966.
Neale, J.M. *et al.*, *Contemporary readings in psychopathology*, J. Wiley, New York, 1974.
Negulescu, P.P., *Destinul omenirii*, vol. I, Ed. de stat pentru literatură şi artă, Bucureşti, 1939.
Obregia, A., *Curs de psihiatrie*, Facultatea de Medicină, Bucureşti, 1911-1912.
Odobescu, G.I., *Les rapports entre la psychologie et la psychiatrie*, Cultura, Bucureşti, 1932.
Olindo Weber, S., *L'acte suicide, Homme et Groupes*, Paris, 1988.
Osterreich, T.K., *Les possédés*, Payot, Paris, 1927.
Păunescu-Podeanu, A., *Baze clinice pentru practica medicală*, vol. I, Ed. Medicală, Bucureşti, 1981.
Păunescu-Podeanu, A., *Bolnavi dificili*, Ed. Medicală, Bucureşti, 1969.
Pelicier, Y., *Intégration des données sociologiques à la psychiatrie clinique*, Masson, Paris, 1964.
Penfield, W. ; Jasper, H., *Epilepsy and the functional anatomy of human brain*, Brown, Little and Co., Boston, 1954.
Pickord, W.R., *Studies in psychiatric art*, Ch. Thomas, Springfield, 1967.
Pierloot, R., *Problèmes généraux de psychosomatique*, E. Nauwelaerts, Louvain, 1956.
Pinel, Ph., *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale*, J. Ant. Brosson, Paris, 1809.
Piro, S., *Il linguaggio schizofrenica*, Feltrinelli, Milano, 1967.
Platon, *Œuvres*, vol. I-II, Gallimard, Paris, 1950.
Plutarh, *Despre mânie*, Cartea Românească, Sibiu, 1943.
Pöldinger, W., *Die Abschätzung der Suizidalität*, H. Huber, Berna, 1968.
Pongratz, L.J., *Psychiatrie in Selbstdarstellungen*, H. Huber, Berna, 1977.
Porot, A., *Manuel alphabétique de psychiatrie*, PUF, Paris, 1995/1996.
Postel, J., „Pour introduire les iatrogénies", *Evol. Psychiat.*, 54, 1990.
Postel, J. ; Quetel, Cl., *Nouvelle histoire de la psychiatrie*, Privat, Toulouse, 1983.
Prevost, Ch.M., *La psychologie clinique*, PUF, Paris, 1988.
Prinzhorn, H., *Bildnerei der Gefangenen*, Axel Juncker Verlag, Berlin, 1926.
Prinzhorn, H., *Bildnerei der Geisteskranken*, Springer, Berlin, 1968.
Proal, L., *Le crime et le suicide passionnels*, Alcan, Paris, 1900.
Quercy, P., *L'hallucination*, vol. I-II, Alcan, Paris, 1930.
Rappard, Ph., *La folie et l'Etat. Aliénation mentale et aliénation sociale*, Privat, Toulouse, 1981.
Régis, E., *Précis de psychiatrie*, Doin, Paris, 1923.
Rennert, H., *Die Merkmale Schizophrener Bildnerei*, Fischer Verlag, Jena, 1966.
Reuck, A.V.S. ; De Porter, R., *Transcultural psychiatry*, Churchill Ltd., Londra, 1965.

Revel, S., „De l'épistémologie psychanalitique", *Evol. Psychiat.*, 55, 1990.
Ribot, T., *Les maladies de la mémoire*, Alcan, Paris, 1924.
Ribot, T., *Les maladies de la personnalité*, Alcân, Paris, 1924.
Ribot, T., *Les maladies de la volonté*, Alcan, Paris, 1922.
Ribot, T, *Problèmes de psychologie affective*, Alcan, Paris, 1924.
Riese, W., *L'idée de l'homme dans la néurologie contemporaine*, Alcan, Paris, 1938.
Ringel, E. *Selbstmordverhüung*, H. Huber, Berna, 1969.
Ristich de Groote, M., *La folie à travers les siècles*, Laffont, Paris, 1967.
Robin, G., *Les drames et les angoisses de la jeunesse*, Flammarion, Paris, 1934.
Rodiet, A. ; Fribourg-Blanc, A., *La folie et la guerre de 1914-1918*, Alcan, Paris, 1930.
Rogow, A.A., *The psychiatrist*, G.P. Putnam's Sons, New York, 1970.
Rogues de Fursac, J., *Manuel de psychiatrie*, Alcan, Paris, 1923.
Romilly, J., *La crainte et l'angoisse dans le théâtre d'Eschyle*, Les Belles Lettres, Paris, 1958.
Rosen, E. ; Gregory, I., *Abnormal psychology*, Saunders, Londra, 1966.
Ruch, F.L. ; Zimbardo, P.G., *Lehrbuch der Psychologie*, Springer, Berlin, 1974.
Russ, J., *Metodele în filozofie*, Univers enciclopedic, Bucureşti, 1999.
Sadock, B.J. ; Sadock, V.A., *Comprehensive textbook of psychiatry*, ed. a VII-a, vol. I-II, Lippincot Williams and Wilkins, 1999.
Samuel-Lajeunesse, B. ; Guelfi, J.D., *Psychopathologie*, PUF, Paris, 1975.
Sarasons, J.G., *Abnormal psychology*, Appleton, New York, 1972.
Sartre, J.P., *L'être et le néant*, Gallimard, Paris, 1943.
Scheler, M., *Die Stellung des Menschen im Kosmos*, Nimphenburger, München, 1976.
Scheler, M., *Le sens de la souffrance*, Aubier, Paris, 1936.
Scheler, M., *Nature et forme de la sympathie*, Payot, Paris, 1928.
Schilder, P., *L'image du corps*, Gallimard, Paris, 1968.
Schipkowensky, N., *Pathologische Reaktionen der Persönlichkeit*, vol. I-II, W. Maudrich, Viena, 1960.
Schneider, K., *Psychopathologie clinique*, Nauwelaerts, Paris, 1957.
Schopenhauer, A., *Le monde comme volonté et comme représentation*, vol. I-III, Alcan, Paris, 1909.
Schultz-Hencke, H., *Analyse des rêves*, Payot, Paris, 1954.
Semple, D. ; Smyth, R. ; Burns, F. ; McIntosh, A., *Oxford handbook of psychiatry*, Oxford University Press, Oxford, 2005.
Sendrail, M., *Histoire culturelle de la maladie*, Privat, Toulouse, 1980.
Seneca, L.A., *Traités philosophiques*, vol. I-IV, Garnier, Paris, 1936.
Shaw, G.B., *Asiles d'aliénés politiques en Amérique et plus près de chez nous*, Montaigne, Paris, 1933.
Siegerist, H.E., *Introduction à la médecine*, Payot, Paris, 1932.
Sim, M., *Guide to psychiatry*, Livingstone Ltd., Londra, 1969.
Sivadon, P., *Traité de psychologie médicale*, vol. I-III, PUF, Paris, 1973.
Smythies, J.R., *Biologische Psychiatrie*, DTV, München, 1970.
Stéphane, A., *L'univers contestationnaire. Etude psychanalytique*, Payot, Paris, 1969.
Strauss, E.W. *et al.*, *Psychiatry and philosophy*, Springer, Berlin, 1969.
Strian, F., *Angst, Grundlagen und Klinik*, Springer, Berlin, 1983.
Sullivan, H.H., *Teoria interpersonale della psichiatria*, Feltrinelli, Milano, 1962.
Sutter, J., *Uanticipation. Psychologie et psychopathologie*, PUF, Paris, 1983.
Szasz, T., *Ideology and insanity : Essays on the psychiatric dehumanization of man*, Anchor Press, Doubleday, 1970.
Szasz, T., *The myth of mental illness*, Harper and Row, New York, 1974.
Szasz T., *The myth of psychotherapy*, Syracuse University Press, 1988.
Szumowski, W., *Névroses et psychoses au moyen âge et au début des temps modernes*, Hippokrate, Paris, 1939.

Tanzi, E., *Trattato delle malattie mentali*, S.E. Libreria, Milano, 1905.
Tatosian, A., „La phénoménologie : une épistémologie pour la psychiatrie", *Epistemol. Psychiat.*, 37, 1996.
Tatosian, A., *Le symptôme en psychiatrie*, Ciba-Geigy, Paris, 1981.
Tatosian, A., *Phénoménologie des psychoses*, Masson, Paris, 1979.
Taylor, F.K., *Psychopathology*, Butterworth, Londra, 1966.
Tellenbach, H., „Hermeneutische Akte in der klinischen Psychiatrie", *Salzburger Std. Philosophie*, 9, 1971.
Tellenbach, H., „Die Begrüdung psychiatrischer Erfahrung und psychiatrischer Methoden in philosophischen Konzepzionen von Wesen des Menschen", în H.G. Gadamer şi P. Volger, *Neue Anthropologie*, vol. VI, DTV, München, 1975.
Tellenbach, H., *Geschmack und Atomsphäre*, O. Müller Verlag, Salzburg, 1968.
Tellenbach, H., *Melancholie*, Springer, Berlin, 1983.
Tellenbach, H., *Psychiatrie als geistige Medizin*, München, 1987.
Thoret, Y., „La clinique psychiatrique comme texte", *Evol. Psychiat.*, 50, 1985.
Thoret, Y., „Psychiatrie parlée, psychiatrie écrite", *Evol. Psychiat.*, 55, 1990.
Thuilleaux, *Connaissance de la folie*, PUF, Paris, 1973.
Tonquedec, J., *Les maladies nerveuses ou mentales et les manifestations diaboliques*, Beauchesne, Paris, 1938.
Tordjman, G., *La maladie conjugale*, Marabout Univ. Denoël, Paris, 1973.
Toulemonde, J., *La caractérologie*, Payot, Paris, 1951.
Tourette, G. de la, *Les états neurasthéniques*, J.B. Baillière, Paris, 1898.
Trapet, P., „Nosologie psychiatrique : mise en ordre ou mise au pas ?", *Evol. Psychiat.*, 45, 1980.
Tucidide, *Războiul peloponeziac*, trad. de M. Jakota, Casa Şcoalelor, Bucureşti, 1941.
Unamuno, M. de, *Le sentiment tragique de la vie*, Gallimard, Paris, 1937.
Vinchon, J., *L'art et la folie*, Stock, Paris, 1950.
Volkoff, V., *Tratat de dezinformare*, Antet, Bucureşti, 2000.
Volmat, R., *L'art psychopathologique*, PUF, Paris, 1956.
Walcher, W., *Die larvierte Depression*, Hollinek, Viena, 1969.
Wallon, H., *Psychologie pathologique*, Alcan, Paris, 1926.
Werlinder, H., *Psychopathology : A history of the concepts. Analysis of the origin and the development of a family of concepts in psychopathology*, Uppsala, 1978.
Winer, P., *Structure et processus dans la psychose*, PUF, Paris, 1983.
Zax, M. ; Cowen, E.L., *Abnormal psychology*, Holt, New York, 1972.
Zutt, J., „Uber verstehende Anthropologie", *Psychiatrie der Gegenwart*, vol. I/2, Springer, Berlin, 1963.
Zutt, J., *Am dem Weg zu einer antropologischen Psychiatrie*, Springer, Berlin, 1963.

Glosar de termeni

Absenţă : pierderea cunoştinţei de scurtă durată cu amnezie ulterioară, specifică crizelor de epilepsie *petit mal.*

Abulie : absenţa voinţei, încetinirea şi insuficienţa activităţii voluntare, în special în trecerea de la idee la act.

Acalculie : tulburarea operaţiilor de calcul matematic care apare în cadrul afaziei.

Acatisie : tulburare de activitate motorie constând în imposibilitatea unor bolnavi de a rămâne mult timp într-un loc. Nevoia de a se mişca continuu.

Achinezie : absenţa sau diminuarea voluntară a motilităţii.

Afazie : tulburare a limbajului de tip expresiv-motor (afazia *Broeaca*) sau receptiv-senzorial (afazia *Wernike*) din cauza leziunii cortico-cerebrale a centrilor vorbirii din creier.

Agitaţie : formă de comportament patologic de expresie motorie, mai mult sau mai puţin turbulentă şi dezordonată, cu caracter pulsional, adesea ireflexiv, putând duce la acte de violenţă cu caracter de periculozitate atât pentru bolnav, cât şi pentru anturajul acestuia.

Agnozie : pierderea capacităţii de a recunoaşte, înţelege şi denumi semnificaţia diferiţilor stimuli senzoriali în absenţa unor tulburări de tip senzorial periferic (agnozie vizuală, tactilă, auditivă, asterognozie, prosopagnozie).

Agorafobie : frica patologică de spaţii deschise.

Agrafie : tulburare caracterizată prin pierderea capacităţii de a scrie care apare în cadrul afaziei.

Agresivitate : dispoziţie fundamentală a fiinţelor vii. Poate avea un caracter ostil-distructiv sau activ--constructiv de afirmare de sine.

Alcoolism : stare patologică cauzată de dependenţa de ingestia excesivă şi îndelungată a băuturilor alcoolice, însoţită de tulburări psihice, neurologice şi somatice cu caracter specific.

Alexie : tulburare a cititului şi a înţelegerii lecturii care apare în cadrul afaziei.

Alienare mintală : stare psihopatologică desemnând ansamblul de tulburări psihice şi consecinţele acestora, care pun persoana respectivă în situaţia de a nu mai putea avea o viaţă normală şi de a nu mai putea participa la viaţa socială şi profesională.

Ambivalenţă : coexistenţa simultană a unor emoţii, atitudini, idei, dorinţe cu caracter contradictoriu faţă de un obiect, o persoană sau o situaţie.

Amimie : tulburare de expresie constând în imobilitatea mimicii.

Amnezie : tulburare caracterizată prin incapacitatea evocării mnezice a unor evenimente anterioare, recente sau îndepărtate, din viaţa bolnavului.

Amuzie : tulburare a ritmului muzical, înţelegerea şi reproducerea acestuia, care apare în cadrul afaziei.

Andropauză : oprirea funcţiei sexuale la bărbat. Corespunde menopauzei la femeie.

Anestezie : pierderea sensibilităţii globale sau parţiale, de diferite grade.

Angoasă : stare de nelinişte, insecuritate fizică, sufletească şi morală, anxietate terifiantă resimţită în plan psihic şi somatic, ca un pericol iminent care ameninţă existenţa bolnavului.

Anorexie mintală : tulburare psihică gravă care apare la adolescente, caracterizată prin amenoree, anorexie, tulburări afective, tulburări de personalitate legate în special de imaginea de sine, izolare şi caşexie progresivă.

Anormalitate : stare de dezechilibru funcţional fizic şi psihic care se opune normalităţii, resimţită de individ ca o schimbare generală, ca o stare de disconfort.

Anticipaţie : atitudinea prin care omul îşi trăieşte viitorul, orientând acţiunile prezente către proiectele de perspectivă. În psihopatologie, anticipaţia anunţă direcţia şi forma de dezvoltare viitoare a unei tulburări psihice.

Anxietate : frică patologică, stare de afect neplăcută, resimţită ca o nelinişte interioară inexplicabilă, adesea lipsită de un obiect precis, sentimentul unui pericol iminent, dar nedeterminat, însoţită de fantasme tragice.

Apatie : stare de indiferentism psihic şi somatic, absenţa interesului, a motivaţiei pentru o acţiune.

Aprosexie : incapacitatea bolnavilor psihic de a-şi concentra şi orienta atenţia asupra unui obiect, a unei persoane sau situaţii.

Apsihie : stare de pierdere a conştiinţei.

Arieraţie mintală : insuficienţa sau oprirea în dezvoltarea intelectuală a individului, de diferite cauze şi niveluri. Sinonim : oligofrenie.

Astenie : scăderea sau pierderea forţei, slăbiciune generală, diminuare a capacităţilor vitale.

Ataxie : incapacitatea executării unor acte motorii în absenţa oricărei paralizii.

Aură : simptom premonitor care precedă imediat atacul epileptic, pe care bolnavul îl trăieşte cu o mare intensitate emoţional-afectivă, fiind conştient de acesta şi având memoria sa. Poate avea caracter senzorial de tip pseudohalucinatoriu (auditiv, olfactiv, gustativ, cenestezic), motor sau psihic (derealizare, extaz).

Autism : izolare, închidere în sine patologică, refuzul oricărei comunicări exterioare. Este considerat ca o formă de narcisism, de dereism sau ca un simptom psihotic. Polarizarea întregii vieţi psihice asupra lumii interioare a bolnavului.

Automatism mintal : funcţionarea independentă şi spontană a vieţii psihice fără controlul voinţei şi al conştiinţei bolnavului. Este o tulburare descrisă de G. de Clérambault care reuneşte tulburări de gândire, limbaj, halucinaţii, automatisme. Automatismul mintal cuprinde toate fenomenele psihice parazitare de adiţie sau inhibiţie pe care bolnavul le trăieşte, dar cărora le atribuie o origine exterioară persoanei sale (fenomene de influenţă xenopatică).

Automutilare : act de autoagresivitate parţială, orientat asupra unei regiuni sau a unui segment corporal.

Baraj : tulburare psihică caracterizată prin oprirea bruscă a actelor voluntare sau provocate ale bolnavului, în plin proces de desfăşurare a acestora.

Boală psihică : tulburare a stării de echilibru sau de organizare a vieţii psihice, de diferite forme, intensităţi şi durată, afectând conduitele, relaţiile interpersonale şi activitatea acestuia, de care bolnavul poate fi sau nu conştient. Se opune stării de sănătate mintală.

Bovarism : tulburare specifică, în cursul căreia individul are despre sine o impresie diferită de ceea ce este în realitate. Se caracterizează prin dezgustul pentru realitate şi refugiul în imaginar.

Bradipsihie : lentoare, încetinirea ritmului activităţii psihice, manifestat în special în limbaj, gândire şi mişcări.

Carenţă de autoritate : absenţa unui model autoritar-securizant în viaţa şi dezvoltarea copilului şi adolescentului ducând la modificări de personalitate sau caracter, manifestate ulterior prin : caracter lipsit de fermitate, constanţă şi rezistenţă, nehotărâre, oscilaţii capricioase, conştiinţă morală slăbită. Relaţiile cu lumea sunt inconstante. Toate acestea pot dezvolta un sentiment de nelinişte şi insecuritate.

Carenţă afectivă : absenţa temporară sau permanentă a îngrijirii şi protecţiei emoţional-afective a copilului, afectând dezvoltarea şi maturizarea acestuia, cu repercusiuni serioase asupra stării sale de echilibru psihic, a capacităţii de adaptare şi a stării de sănătate mintală. Carenţa afectivă la copil este legată de nevoile de creştere („raţia de creştere"), pe când la adult este legată de nevoile de echilibru („raţia de întreţinere").

Catalepsie : tulburare psihomotoare a tonusului şi iniţiativei motorii din seria catatoniei.

Cataplexie : pierderea bruscă a tonusului muscular, a posturii, cu căderea individului.
Catatonie : sindrom psihomotor privind activitatea motorie voluntară, caracterizat prin episoade psihomotoare de stupoare, imobilism, negativism motor, stereotipii, flexibilitate ceroasă etc.
Cenestopatie : halucinaţii sau pseudohalucinaţii cenestezice diferite, localizate la organele interne.
Ciclotimie : psihoză afectivă bipolară, maniaco-depresivă, cu evoluţie periodică.
Claustrofobie : frica patologică de spaţii închise.
Cleptomanie : impulsiunea obsedantă de a lua anumite obiecte. Furt patologic al unor obiecte adesea fără utilitate practică pentru bolnav.
Colecţionarism : căutarea şi conservarea, în mod neselectiv, a diferite obiecte fără valoare practică, ca expresie a unei pulsiuni posesive absurde.
Comă : sindrom caracterizat printr-o alterare bruscă sau lentă şi progresivă a conştiinţei vigile, cu abolirea funcţiilor psihice şi reducerea individului la o viaţă vegetativă, de diferite grade de profunzime şi durată, cu caracter reversibil sau ireversibil.
Complex : o tendinţă instinctivă sau o stare afectivă particulară în jurul căreia se grupează idei, amintiri, percepţii, reprezentări şi atitudini motorii, raportată la o experienţă psihotraumatizantă anterioară şi care marchează persoana şi conduita acesteia.
Confabulaţie : fabulaţie morbidă legată de o tulburare de imaginaţie, adesea de factură delirantă. Dispoziţie constituţională patologică a unor indivizi.
Confuzie mintală : tulburare psihică caracterizată printr-o disoluţie, mai mult sau mai puţin rapidă, a conştiinţei, cu obtuzie intelectuală, lentoarea percepţiilor, a orientării şi recunoaşterii. Sinteza mintală este dificilă. Tulburări mnezice fragmentare. Operaţiile intelectuale sunt grav afectate sau imposibil de realizat.
Constituţie : tip structurat somatic specific (biotip), având trăsături tipologice temperamentale corespunzătoare (psihotip).
Contagiune psihică : transmiterea directă a unor idei sau simptome patologice de la un individ la altul prin inducţie sugestivă sau prin imitaţie.
Coprolalie : limbaj grosolan, indecent, vulgar.
Criză : schimbare bruscă de atitudine, comportament, cu caracter emoţional-afectiv zgomotos, de scurtă durată şi intensitate variabilă, de regulă reversibilă.
Culpabilitate : sentiment de vinovăţie, real sau imaginar, trăit cu intensitate de bolnav.

Degenerescenţă : degradare progresivă a personalităţii, psihic şi somatic, cu caracter ereditar, constituţional, dând impresia unei regresiuni la formele ancestrale de evoluţie.
Déjà-vu : falsă impresie sau iluzia patologică de „a recunoaşte” lucruri, fenomene, persoane, situaţii sau fapte văzute sau trăite anterior. Este înrudită cu fenomenele similare : *déjà-connu*, *déjà-vécu* (paramnezie).
Delir : tulburare de gândire sistematizată în jurul unei teme centrale sau difuză, nesistematizată, în opoziţie flagrantă cu realitatea, de care bolnavul este ferm convins şi care are un caracter ireductibil. Este o tulburare intelectuală.
Demenţă : deteriorare psihică globală caracterizată printr-o slăbire progresivă şi generală a vieţii psihice, dând bolnavului aspectul de stupiditate, cu caracter ireversibil, reducând persoana respectivă la o existenţă pur vegetativă.
Demenţă precoce : denumirea veche sub care era desemnată schizofrenia, până la introducerea acestui termen de către E. Bleuler.
Demonopatie : concept clinic ieşit din uz, desemnând impresia delirantă a unor bolnavi psihic de a fi posedaţi de demoni. Tulburare delirantă şi de personalitate constând în convingerea că în interiorul bolnavului îşi află sediul un demon căruia el îi este subordonat.
Dependenţă : stare patologică a toxicomanilor, caracterizată prin nevoia imperioasă de aport permanent de droguri.
Depersonalizare : tulburare patologică a conştiinţei de sine cu caracter de stranietate, în cursul căreia bolnavul are impresia înstrăinării sau a schimbării sale corporale ori ca persoană.

Depresie : dispoziţie tristă, scăderea progresivă de diferite intensităţi, pasageră sau durabilă, a tonusului vieţii afective.

Derealizare : sentiment de stranietate, de nerecunoaştere de către bolnav a mediului ambiant cu care este obişnuit. Fenomen psihopatologic înrudit cu derealizarea.

Deteriorare psihică : deficit mintal global, tranzitoriu sau definitiv, cauzat de leziuni grave şi extinse ale creierului, cu caracter ireversibil.

Dezechilibru psihic : tulburare psihică de natură constituţională, dizarmonic-caracteriopatică, cu implicaţii asupra capacităţii de adaptare, reacţie, conduită şi activitate, precum şi a relaţiilor interpersonale ale individului.

Dezorientare : tulburare constând în imposibilitatea de orientare auto- şi alopsihică a bolnavului.

Dipsomanie : tendinţa irezistibilă de a bea cantităţi crescute de băuturi alcoolice, cu caracter periodic.

Discordanţă : stare psihopatologică particulară, caracterizată prin bizarerii, contradicţii şi manifestări paradoxale, creând un aspect general de dizarmonie între simptomele clinice, acestea dând impresia, într-o anumită privinţă, că sunt independente unele de altele.

Disimulare : tendinţa de diminuare sau mascare a fenomenelor psihopatologice de către bolnav. Este opusul simulării.

Dismorfofobie : impresia patologică cu caracter obsedant a unor diformităţi legate de aspectul fizic al unei persoane. Este o tulburare de schemă corporală sau a imaginii de sine.

Disociaţie : sau „ataxia intrapsihică" este echivalentul discordanţei, desemnând ruptura psihopatologică a unităţii vieţii psihice, a sistemului personalităţii.

Dispoziţie : virtualitatea unei persoane de a fi vulnerabilă faţă de anumite afecţiuni psihice. O stare de fragilitate constituţională.

Dromomanie : nevoia imperioasă de a călători, de a se deplasa dintr-un loc în altul, determinată de o instabilitate constituţională de factură morbidă.

Ecolalie : repetarea de către bolnav a cuvintelor şi frazelor pronunţate de o altă persoană.

Ecomimie : imitarea repetitivă de către un bolnav a expresiei mimice a interlocutorului său.

Ecopraxie : imitarea de către bolnav a gesturilor unei persoane.

Encoprezis : pierderea involuntară şi inconştientă a materiilor fecale din cauza unei reacţii emoţionale, în cursul somnului sau în stările de deteriorare psihică gravă (demenţe, idioţie etc.).

Endogenie : concepţie etiologică conform căreia bolile psihice au o cauză endogenă, provenind din interiorul personalităţii bolnavului, din cauza unor dispoziţii constituţionale sau ereditare ale acestuia (psihozele endogene).

Enurezis : emisiunea involuntară de urină în cursul somnului.

Epilepsie : afecţiune caracterizată prin atacuri paroxistice, de pierderea conştiinţei cu cădere şi convulsii tonico-clinice generalizate, urmate de o stare de comă postaccesuală de scurtă durată şi amnezie postaccesuală.

Erotomanie : impresia delirantă de a fi iubit de o anumită persoană.

Euforie : stare afectivă caracterizată prin dispoziţie veselă, exuberantă, optimism cu caracter exagerat şi nemotivat.

Excitaţie : tulburare caracterizată printr-o hiperactivitate a funcţiilor psihice (emoţii, idei, reacţii, conduite motorii, verbale) de diferite intensităţi şi durate. Stare de exaltare psihică pasageră sau durabilă.

Exhibiţionism : perversiune sexuală constând în expunerea în public a organelor genitale.

Exogenie : concepţie conform căreia unele boli psihice (nevroze, stări reactive, psihoze toxice, infecţioase sau traumatice) au o cauză exterioară persoanei bolnavului.

Extaz : stare paroxistică particulară în cursul căreia bolnavul pierde contactul cu realitatea, nu mai comunică, simţindu-se transportat într-o altă realitate impenetrabilă, inaccesibilă şi care exprimă o stare de beatitudine.

Fabulaţie: producţie imaginară, narativă, ireală, fantezistă, de regulă tematică, neconformă cu realitatea, ilogică, traducând o dispoziţie constituţională de alterare a adevărului.
Fetişism: perversiune sexuală în care plăcerea erotică este deturnată asupra obiectelor aparţinând unor persoane de sex opus.
Fobie: frică nejustificată sau repulsie patologică faţă de un obiect, o fiinţă, persoană sau situaţie.
Frigiditate: tulburare caracterizată prin incapacitatea de a simţi plăcerea sexuală sau de a avea orgasm, la femei.
Frustrare: suferinţa psihică rezultată din privarea unei satisfacţii vitale, resimţită de individ ca un obstacol sau ca o interdicţie.
Fugă: pulsiunea irezistibilă de a pleca brusc, fără un scop şi fără o adresă anumită. Se caracterizează prin faptul că este subită, iraţională şi limitată în timp.
Fugă de idei: accelerare a fluxului ideativ, putând merge până la incoerenţă.

Gatism: incontinenţă sfincteriană întâlnită în cazurile de arieraţie mintală profundă (imbecili, idioţi) sau în cursul fazelor terminale ale stărilor demenţiale.
Glischroidie: lentoare sau vâscozitate ideativă, afectivă şi motorie, adezivitate cu bradipsihie specifică stărilor epileptoide.

Halucinaţie: percepţie fără obiect. Tulburare psihopatologică majoră şi specifică.
Heautoscopie: tulburare psihică constând în perceperea de către individ a propriului corp în afara acestuia, ca o „dedublare" sau ca o imagine „în oglindă".
Hiperestezie: exagerarea sensibilităţii, a percepţiilor senzoriale în general şi în special a celei tactile.
Hiperstenie: creşterea stării de tensiune psihică manifestată prin creşterea ideaţiei şi a forţei afective. Comportament hiperdinamic.
Hipnagogice: manifestări care se produc în câmpul conştiinţei, în momentul adormirii.
Hipnapompice: manifestări care se produc în câmpul conştiinţei, în momentul trezirii.
Hipoestezie: diminuarea sensibilităţii generale, în special a celei tactile.
Hipomanie: stare de excitaţie psihomotoare atenuată, dispoziţie expansivă, exuberanţă în comportament, activitate dispersată, amintind de formele minore de excitaţie maniacală.
Hipostenie: scăderea marcată a stării de tensiune psihică. Opusul hiperasteniei.
Homosexualitate: perversiune sexuală caracterizată prin atracţia pentru persoanele de acelaşi sex. Forma masculină este pederastia, iar forma feminină este lesbianismul.

Iatrogenie: afecţiune indusă sugestiv sau prin imitaţie în urma contactelor repetate cu medicii (consultaţii, investigaţii medicale, schimbări frecvente de diagnostic etc.) la persoane sugestibile cu un tip de constituţie emotivă.
Idee fixă: idee parazitară, falsă, acceptată de conştiinţă, care domină gândirea bolnavului, dar al cărei caracter patologic nu este recunoscut de acesta.
Identitate: conştiinţa de sine, marca unei persoane care face ca aceasta să fie unică, originală şi irepetabilă prin natura Eului său.
Iluzie: tulburare psihopatologică constând în perceperea deformată a unui obiect, a unei persoane etc. din realitate.
Imagine de sine: este imaginea pe care persoana şi-o face despre propriul corp, totală sau segmentară, statică sau dinamică, sinteză a părţilor sale componente şi a raporturilor acestora cu obiectele şi spaţiul înconjurător.
Imaturitate: dezvoltare parţială de diferite grade sau niveluri a vieţii afective şi intelectuale, cu consecinţe variate asupra activităţii, conduitei, comunicării şi adaptării sociale.
Impulsiune: nevoia imperioasă şi irezistibilă, apărută brusc, căreia bolnavul nu i se poate opune şi care-l determină să comită acte iraţionale, brutale sau periculoase.
Incest: întreţinerea de relaţii sexuale între rude apropiate (ascendenţi şi descendenţi), prohibită de legile biologice, morale, culturale, religioase şi sociojuridice.

Incoerenţă : tulburare psihică caracterizată prin lipsă de coeziune, de legătură logică între idei, acte şi conduite.

Indiferenţă : stare de neutralitate afectivă, lipsă de interes, inactivitate şi necomunicare cu mediul, întâlnită la unii bolnavi psihic.

Inhibiţie : proces funcţional activ care suspendă sau diminuează manifestările comportamentale sau acţiunile bolnavilor psihic.

Instabilitate psihomotoare : incapacitatea de a conserva mai mult timp o atitudine, atenţia, de a susţine o activitate regulată, de a acţiona într-o manieră constantă.

Involuţie : proces de regresiune globală şi progresivă a funcţiilor psihice, în special intelectuale, specifice demenţelor.

Ipohondrie : preocupare excesivă şi nemotivată, cu caracter anxios, privind propria stare de sănătate, asociată cu impresia existenţei reale a unor „boli" care nu există în realitate.

Isterie : dispoziţie mintală specifică, constituţională şi permanentă sau accidentală şi pasageră, însoţită de manifestări somatice, motorii, cenestezice, atacuri paroxistice (spasme, contracţii, convulsii), tulburări senzitivo-senzoriale şi emoţional-afective, sugestibilitate crescută.

Iteraţie : repetarea invariabilă a unui act motor sau verbal.

Îndoială : suspiciune, neîncredere patologică nemotivată, înclinaţie către dubitaţie sau interpretare iraţională, ilogică a realităţii.

Lesbianism : forma feminină a homosexualităţii.

Licantropie : tulburare psihică de personalitate, cu caracter delirant, în cursul căreia bolnavul se crede preschimbat în lup.

Lipemanie : termen ieşit din uz, desemnând, în trecut, melancolia sau delirurile melancolice.

Logoclonie : repetarea spasmodică a unei silabe în mijlocul sau la sfârşitul cuvântului.

Logoree : arta de a vorbi fără să spui nimic, flux verbal adesea incoerent şi dezordonat, specific excitaţiei maniacale.

Manie : tulburare psihică autonomă caracterizată printr-o stare de excitaţie psihomotoare, dispoziţie euforică, fugă de idei, logoree, dezinhibiţie moriatică, putând ajunge la forme de agitaţie coleroasă cu manifestări violente antisociale.

Manierism : formă de expresie şi conduită patologică (mimică, limbaj, ţinută, comportament, gesturi) cu caracter afectat, lipsită de simplitate şi naturaleţe.

Masochism : perversiune sexuală cu caracter pasiv care asociază plăcerea erotică cu durerea fizică. Este opusul sadismului.

Mânie : stare de afect de scurtă durată şi de mare intensitate, caracterizată printr-o descărcare pulsională asupra unui obiect sau a unei persoane.

Megalomanie : impresia falsă a unor bolnavi deliranţi, constând în supraevaluarea calităţilor personale.

Melancolie : tulburare psihopatologică caracterizată prin dispoziţie tristă, viziune pesimistă, inactivitate, idei delirante de negaţie şi catastrofice, durere morală, monoideism trist, izolare morbidă, pierderea iniţiativei şi a dorinţei de a trăi, idei şi acte suicidare.

Menopauză : oprirea definitivă a ciclului menstrual la femeie. Vârsta critică de intrare în perioada de involuţie. Este corespondentul andropauzei la bărbat.

Mentism : stare patologică caracterizată prin derularea rapidă a unor imagini cu caracter angoasant, incoercibil, asupra cărora bolnavul nu se poate fixa.

Mitomanie : alterarea patologică intenţionată, adesea involuntară, a adevărului. Dorinţa de a schimba şi de a prezenta realitatea în virtutea tendinţelor personale. Este înrudită cu fabulaţia şi tulburările de imaginaţie.

Mongolism : sau *sindromul Down* este cauzat de o aberaţie cromozomială şi se caracterizează prin facies mongoloid, malformaţii somatice, renale şi cardiace, stare de idioţie.

Monomanie : termen ieşit din uz, desemnând tulburări psihice izolate, de regulă unice, sau deliruri parţiale.

Morie : tulburare psihică cu caracter jovial-expansiv, limbaj caracterizat prin jocuri de cuvinte, calambururi obscene sau expresii triviale, specific afectării lezionale a lobilor frontali.
Mutism : atitudine caracterizată prin refuzul voluntar de a vorbi în absenţa oricăror afecţiuni centrale sau periferice ale sistemului expresiv al limbajului.

Narcisism : atitudine egofilă de „întoarcere către sine". Comportament individual ce are ca scop şi obiect propriul Eu.
Narcolepsie : tulburare paroxistică specifică, caracterizată prin atacuri bruşte de somn, apărute în plină stare de aparentă sănătate.
Narcomanie : înclinaţia sau nevoia imperioasă de consum de droguri psihotrope sau psihodisleptice, devenită obişnuinţă. Sinonim : toxicomanie.
Negativism : tulburare de activitate, activă sau pasivă, prin care bolnavul se opune sau refuză să execute solicitările externe.
Neologism : cuvinte sau expresii noi, neobişnuite, inexistente în vocabular, inventate de bolnav şi care desemnează sau exprimă conţinutul gândirii delirante sau temele halucinatorii ale acestuia.
Nevroză : tulburare psihică fără leziuni cerebrale, cauzată de psihotraumatisme emoţionale, frustrări, eşecuri, care alterează personalitatea şi de a căror natură patologică bolnavul este conştient.
Nimfomanie : exagerarea patologică, adesea lipsită de cenzură, a dorinţelor erotico-sexuale. Hipersexualitatea feminină, corespondentul satiriazisului masculin.
Normalitate : starea de echilibru fizic şi psihic, resimţită de individ ca o stare de bine fizic, sufletesc şi moral, opusă stării de anormalitate, şi care-i conferă capacitatea de a se adapta la realitate, de a avea o conduită şi o acţiune pozitive, o comunicare normală. Este condiţia stării de sănătate mintală care se opune stării de boală psihică.
Nosofobie : frică patologică de boli şi consecinţele acestora (cancerofobie, sifilifobie etc.).

Obsesie : asociere ideo-afectivă penibilă care invadează conştiinţa, cu caracter repetitiv şi incoerent, de ale cărei absurditate şi anormalitate bolnavul este conştient, luptând împotriva ei.
Obtuzie : diminuare, mai mult sau mai puţin marcată, a stării de conştiinţă vigile, cu dificultăţi de înţelegere, ideaţie lentă, somnolenţă şi dezorientare parţială.
Oligofrenie : nedezvoltarea psihică globală, în special intelectuală, afectivă şi comportamentală, de diferite grade. Sinonime : arieraţie mintală, deficienţă intelectuală.
Onirism : activitate mintală automată, reprezentată prin viziuni şi scene în mişcare, aşa cum apar ele în cursul viselor.
Oniroidie : este definită ca infiltrarea construcţiilor de vise în gândirea vigilă.
Onomatomanie : repetarea mintală, cu caracter obsesiv, a unor cuvinte sau grupe de cuvinte, împotriva voinţei bolnavului, acesta recunoscând caracterul anormal al acestui fenomen.
Opoziţie : atitudine patologică prin care un bolnav psihic se opune solicitărilor externe.

Palilalie : tulburare de limbaj constând în repetarea iterativă a silabelor, cuvintelor sau frazelor.
Panică : atac subit de anxietate asociat cu manifestări somatice, trăit cu intensitate de bolnav ca un pericol vital iminent.
Pantofobie : angoasă paroxistică, în cursul căreia orice eveniment, obiect sau persoană constituie o sursă de frică, de nelinişte pentru bolnav.
Paralizie : pierderea capacităţii mişcărilor voluntare într-o regiune a corpului (faţă, membrele inferioare – paraplegie ; membrele superior şi inferior homolaterale – hemiplegie ; pierderea motilităţii tuturor membrelor – tetraplegie), de diferite grade, de regulă ireversibilă.
Pasivitate : dispoziţie psihică caracterizată prin lipsa de iniţiativă a bolnavului, care poate fi uşor manipulat prin sugestie.
Pederastie : forma masculină a homosexualităţii.
Pedofilie : perversiune sexuală caracterizată prin atracţia erotico-sexuală a adulţilor pentru copii.
Persecuţie : idei sau teme false, ilogice, constituind o structură organizată tematic, în conformitate cu care bolnavul se consideră victima unor acţiuni ostile îndreptate împotriva sa din exterior.

Perseverare: persistenţa sau repetarea unor atitudini şi gesturi, nejustificate şi inutile, de către bolnav.

Perversitate: anomalie a tendinţelor instinctuale, care sunt deviate de la modalitatea lor de utilizare şi satisfacerea pulsională normală, producând, prin această „deturnare contra naturii", satisfacţie persoanei respective.

Perversiuni sexuale: anomalii sau devianţe ale satisfacerii dorinţei sexuale, asupra altui obiect sau persoane, diferite de cele care caracterizează dinamica normală a pulsiunii respective.

Piromanie: impulsiunea obsedantă, irezistibilă şi subită a unor bolnavi psihic de a produce incendii.

Pitiatism: ansamblul tulburărilor psihice de natură isterică induse prin sugestie şi susceptibile de a fi anulate prin persuasiune.

Posesiune: termen ieşit din uz, desemnând un delir tematic sistematizat, în cursul căruia bolnavul are convingerea că în interiorul lui „a intrat" o fiinţă supranaturală (demon) sau extraumană (animal etc.) a cărui victimă este, obligându-l să execute ordinele acesteia în mod necondiţionat. Sinonim: demonopatie.

Potomanie: nevoia patologică imperioasă de a bea lichide, de regulă apă.

Predispoziţie: dispoziţie sau înclinaţie specială, constituţională sau dobândită, a unor indivizi de a dezvolta anumite tulburări psihice.

Prodrom: grup de manifestări constante ca asociere, cu caracter bizar, vizând caracterul şi comportamentul care precedă cu mai multe ore, zile sau săptămâni declanşarea atacului epileptic paroxistic.

Prosopagnozie: agnozia figurilor, incapacitatea bolnavului de a recunoaşte persoanele cunoscute după figura acestora.

Psihastenie: nevroză caracterizată prin asocierea angoasei cu fobii şi obsesii, la care se adaugă inhibiţie intelectuală, timiditate, manii mintale (precauţie, îndoială, perfecţiune, control, rezervă, ruminaţie).

Psihobiografie: istoria vieţii individuale, ca imagine sintetică de factură ontologică, a formării şi evoluţiei personalităţii bolnavului, insistându-se pe evenimente psihotraumatizante, stări de criză etc. care au contribuit la formarea tulburărilor psihice ale acestuia.

Psihochirurgie: intervenţii neurochirurgicale urmărind tratarea tulburărilor psihice, în special a tulburărilor grave de comportament, a actelor antisociale de violenţă, a tulburărilor de personalitate, rezistente la oricare alte forme terapeutice.

Psihogenie: concepţie etiologică ce consideră că în geneza unor boli psihice un rol determinant îl au condiţiile şi evenimentele vieţii trăite de individ.

Psihopatie: dezechilibru psihic constituţional de tip caracteriopatic.

Psihoplasticitate: trăsătură psihopatologică specifică bolnavilor isterici, caracterizată prin sugestibilitate şi construcţia de tulburări somatopsihice.

Psihotraumatism: eveniment nociv, exterior, cu efect morbigenetic, de regulă emoţional-afectiv, tulburând starea de echilibru psihic şi somatic al unei persoane şi determinând prin aceasta apariţia unor boli psihice de factură reactivă sau nevrotică, uneori chiar psihotică. Tulburările dispar odată cu dispariţia factorilor etiologici care le-au produs şi întreţinut.

Psihoză: boală psihică gravă care alterează sistemul personalităţii, conduita şi relaţiile bolnavului, acesta neavând conştiinţa bolii sale.

Puerilism mintal: stare de regresiune patologică la stadiul copilăriei, caracterizată prin atitudini, expresie mimică, limbaj, preocupări, regresiune emoţională, a gusturilor şi tendinţelor bolnavului.

Raptus: tulburare paroxistică cu caracter de descărcare explozivă, bruscă, adesea cu consecinţe periculoase, antisociale (suicid, homicid).

Reacţie: răspunsul emoţional-afectiv la evenimentele vieţii trăite de individ.

Refugiu: atitudine de „refuz mascat", prin ocolirea sau sublimarea obligaţiilor fireşti, în forme simbolice de izolare sau deplasare către alte obiecte sau situaţii (alcoolism, toxicomanii etc.).

Refuz: atitudine de respingere, de opoziţie, de negare a unor situaţii pe care individul nu le acceptă, deşi acestea au un caracter firesc.

Retard : stare de întârziere în dezvoltarea intelectuală, psihomotoare şi afectivă a copiilor, de diferite grade şi tipuri.

Sadism : formă activă de perversiune sexuală care caută să obţină plăcerea erotico-sexuală prin producerea de suferinţe fizice şi psihice partenerului. Este opusul masochismului.

Satiriazis : starea patologică caracterizată prin hipererotismul masculin, corespunzătoare nimfomaniei feminine.

Sănătate mintală : aptitudinea psihicului de a funcţiona într-un mod armonios, agreabil şi eficace, în măsura în care circumstanţele îi permit să facă faţă cu supleţe diferitelor situaţii şi să-şi menţină permanent starea de echilibru dinamic. Mai poate fi definită ca „absenţa bolii psihice".

Senilitate : aspectul patologic al bătrâneţii sau involuţiei.

Sevraj : suspendarea bruscă, forţată sau accidentală, a aportului de droguri la persoanele dependente de acestea (toxicomani), în scop terapeutic. Poate provoca accidente grave, prin fenomenele secundare de carenţă, motiv pentru care se impun controlul medical şi întreruperea treptată a aportului de toxice.

Simptom : semn clinic care traduce o suferinţă, o alterare morbidă a unei funcţii psihice, somatice sau psihosomatice.

Simulare : imitarea unor simptome clinice sau a unor tablouri morbide (fenomenul de „patomimie") în scopul obţinerii unor avantaje.

Sindrom : „complex de simptome" reprezentând o grupare constantă de simptome clinice, apărând independent sau în cursul evoluţiei unor boli psihice bine delimitate ca tablou clinic. Exemple : sindromul confuzional, sindromul demenţial, sindromul psihoorganic cerebral etc.

Sitiofobie : refuzul voluntar de a ingera băuturi sau alimente.

Sociogeneza : totalitatea factorilor etiologici din mediul social cu efect morbigenetic asupra individului sau a grupului social, responsabili de apariţia tulburărilor psihice.

Status : existenţa unei stări anormale sau patologice specifice, care întruneşte condiţiile unei dezvoltări morbide specifice.

Stereotipii : repetarea invariabilă, cu caracter patologic, a unor gesturi sau acte, expresii mimice ori verbale iraţionale ale bolnavilor psihic.

Stigmate : semne unice sau asociate, cu caracter obiectiv, desemnând o stare morbidă, particulară. Exemplu : „stigmate de degenerescenţă", „malformaţii", „atavisme" etc.

Stupoare : suspendarea oricărei activităţi fizice şi psihice, intelectuale şi afective, imobilitate cu negativism.

Sugestibilitate : dispoziţie mintală particulară, caracterizată prin receptivitate crescută şi supunere necondiţionată a individului la influenţele care se exercită din afară asupra lui de o altă persoană.

Suicid : act de autoagresivitate voluntar şi conştient, urmărind întreruperea cursului vieţii individului.

Surmenaj : oboseală fizică şi psihică, cu scăderea forţei, a randamentului şi iniţiativei activităţii generale a individului.

Tensiune psihică : sintagmă creată de P. Janet care desemnează „capacitatea unui individ de a se ridica în acţiunile sale la un anumit grad în ierarhia tendinţelor sale". Tensiunea psihică nu trebuie confundată cu forţa sau cu slăbiciunea psihică ori astenia. Scăderea tensiunii psihice este starea de „atonie psihologică".

Tic : gest scurt, repetat involuntar, fără o necesitate obiectivă, de care individul este conştient.

Timiditate : dispoziţie emoţională caracterizată prin inhibiţia conduitelor sociale şi morale în relaţiile interpersonale, ducând la dificultăţi de adaptare.

Tip : constelaţia de trăsături morfologice, fiziologice şi psihologice ale unui individ care-i conferă o anumită configuraţie psihică (psihotip) şi somatică (biotip) şi care poate constitui terenul neobligatoriu pe care se pot dezvolta anumite tulburări psihice.

Torpoare : încetinirea progresivă a activităţii psihice, cu uşoară dezorientare, care apare în sindromul confuzional.

Toxicomanie: apetenţa anormală şi prelungită, devenită obişnuinţă, pentru consumul de droguri psihotrope sau psihodisleptice, cu consecinţe patologice grave, psihologice, neurologice, somatice şi sociale pentru individ.

Travestism: adoptarea de către individ a ţinutei vestimentare, a modului de conduită şi atitudinii specifice persoanelor de sex opus, traducând o devianţă sexuală.

Vagabondaj: incapacitatea unor indivizi de a se fixa într-un loc; pulsiunea morbidă, irezistibilă, de a pleca şi călători permanent, fără o direcţie anume şi fără un scop precis.

Vesanie: concept nosologic ieşit din uz, desemnând psihozele cu evoluţie cronică, incurabile.

Viol: violenţă sexuală exercitată asupra unei persoane de sex opus, de acelaşi sex sau asupra copiilor sau bătrânilor, împotriva voinţei acestora, împotriva legilor morale şi sociale.

Violenţă: act antisocial cu caracter distructiv, conduită agresivă orientată împotriva unui obiect, a unei persoane sau a unui grup de indivizi.

Xenopatii: stări de reprezentare morbidă care nu sunt recunoscute de bolnav ca având un caracter personal, ci constituind efectul unei influenţe externe care se exercită asupra lui. Exemple: automatismul mintal, delirul de influenţă etc.

Zoofilie: perversiune sexuală caracterizată prin satisfacerea plăcerii erotice cu animale.

Zoofobie: frica patologică, nejustificată de animale.

Cronologia principalelor evenimente din istoria psihopatologiei

Hipocrat (450-335 î. Cr.)	Grecia	Teoria constituţiilor şi humorilor Temperamentele
Platon (427-347 î.Cr.)	Grecia	Dialoguri (*Charmides*, *Gorgias*, *Protagoras*, *Republica*, *Legile*). Reflecţii despre nebunie
Aristotel (348-322 î. Cr.)	Grecia	*De Anima*, *Parva Naturalia*
Theofrast (372-287 î. Cr.)	Grecia	Caracterele
L.A. Seneca (55 î. Cr.-39 d.Cr.)	Roma	Tratate filozofice (*De ira*, *De tranquillitate animi*)
Plutarh (50-125 d.Cr.)	Grecia	Opera morală (*Despre mânie şi liniştea sufletească*)
A. Augustin (345-430 d.Cr.)	Hippona	*Confesiuni*. *Solilocvii*
Avicena (980-1037)	Persia	Canonul medicinei
Constantinus Africanus (1020-1087)	Cartagina	Melancolia
H. Kramer şi J. Sprenger (secolul al XIII-lea)	Germania	*Malleus Maleficarum*
D. Erasmus (1467-1536)	Olanda	*Moriae Encomium*
Paracelsus (1493-1541)	Austria	Teza conform căreia bolile cauzate de demoni sunt tulburări psihice
J. Weyer (1515-1588)	Olanda	*De Prestigiis Daemonum*
F. Plater (1536-1614)	Elveţia	Clasificarea bolilor psihice şi somatice după simptome, cauze şi tratament
T. Bright (1551-1615)	Anglia	Tratamentul melancoliei
R. Burton (1577-1640)	Anglia	Anatomia melancoliei

P. Zacchia (1584-1659)	Italia	Problemele medico-legale ale conduitei bolnavilor psihici
R. Descartes (1596-1650)	Franța	*Les passions de l'âme. Règles pour la direction de l'esprit*
T. Sydenham (1624-1689)	Anglia	Studiul isteriei și al ipohondriei ca boli ale spiritului. Tratamentul cu laudanum
G.E. Sthal (1660-1734)	Germania	*Theoria Medica Vera, De Animi Morbis*
R. Goclenius (Secolul al XVI-lea)	Germania	Utilizează pentru prima dată, în 1590, termenul de psihologie
Ch. Wolff (Secolul al XVIII-lea)	Germania	*Psychologia empirica, Psychologia vera*
G. Chyne (1671-1743)	Anglia	*The English Malady* (Depresia)
W. Battie (1703-1776)	Anglia	*A Treatise of Madness*
Boissier de Sauvages (1706-1776)	Franța	*Nosologia Methodica*
I. Kant (1724-1804)	Prusia	*Tratat despre bolile capului, Antropologia*
Maine de Biran (1766-1824)	Franța	*Nouveaux essais d'anthropologie*. Apercepția imediată
W. Cullen (1710-1790)	Scoția	*Nosology or systematic arrangement of diseases*. Introduce termenul *nevroză*
A.F. Mesmer (1734-1815)	Austria	*Mémoire sur la découverte du magnétisme animal*
C. Lavater (1741-1801)	Germania și Elveția	Frenologia. Fiziognomia. Cranioscopia
F.J. Gall (1758-18028)		
Ph. Pinel (1745-1826)	Franța	*Tratat medico-legal despre nebunie*
J. Reil (1759-1813)	Germania	Introduce termenul de psihiatrie în 1803
T. Sutton (1767-1835)	Anglia	*Tractatus on Delirium Tremens*
J. Ittard (1774-1838)	Franța	*De l'éducation d'un homme sauvage*
J.C. Heinroth (1773-1843)	Germania	Descrie tulburările psihice și psihosomatice
J.C. Prichard (1786-1848)	Anglia	*A Treatise on Insanity and other Disorders Affecting the Mind*
J.E.D. Esquirol (1782-1840)	Franța	*Des maladies mentales considérées sous les rapports médicales, hygiéniques et médico--legales*

W.C. Dandy (1794-1871)	Anglia	*Psychotherapeia or the Remedial influence of Mind*
J.P. Falret (1794-1870)	Franța	*La folie circulaire*
A.L.J. Bayle (1799-1858)	Franța	Descrie Paralizia Generală Progresivă (PGP), în 1822
J. Baillarget (1809-1890)	Franța	*La folie à double forme*
J. Moreau de Tours (1804-1884)	Franța	*Du Haschish et de l'Aliénation Mentale*
I. Ray (1807-1881)	S.U.A.	*Treatise on Medical Jurisprudence of Insanity* (1838)
Parlamentul Franței votează o lege privind regimul alienaților mintali	Franța	„Le régime des aliénés et la liberté individuelle" din 30. VI. 1838.
A. Morel (1809-1873)	Franța	Teoria degenerescenței în explicarea genezei tulburărilor psihice (*Traité de dégénérescence*, 1857)
Y. Magnan (1835-1916)		
W. Griesinger (1817-1868)	Germania	Bolile psihice și tratamentul lor (*Geisteskranken sind Gehirnkranken*)
G. Robinson (1821-1875)	Anglia	*On the Prevention and Treatment of Mental Disorders*
G.T. Fechner (1801-1887)	Germania	Elemente de psihofizică
J.M. Charcot (1825-1893)	Franța	Isteria
K. Kahlbaum (1828-1899)	Germania	*Die Katatonie oder das Spannungs irresein* (1874)
W. Wundt (1832-1920)	Germania	Laboratorul de psihologie experimentală. Psihologia popoarelor
H. Maudsley (1835-1918)	Anglia	*The Physiology and Pathology of the Mind*
C. Lombroso (1836-1909)	Italia	Geniul și nebunia. Omul de geniu. Omul criminal
T. Ribot (1839-1916)	Franța	Psihologia afectivă. Psihologia patologică
G. Miller Beard (1839-1883)	S.U.A.	Descrie neurastenia (1880)
E. Hecker (1843-1909)	Germania	Descrie prima dată hebefrenia (1871)
A. Sutzu (1837-1919)	România	*Alienatulu în fața societății și Sciinței*, 1877

R. von Kraft-Ebbing (1840-1902)	Austria	*Psychopathia sexualis*
H. Emminghaus (1845-1904)	Germania	Descrie tulburările psihice la copii
P. Janet (1859-1947)	Franța	*L'automatisme psychologique* (1889). Psihastenia (1903)
S.S. Korsakov (1854-1900)	Rusia	Psihoza alcoolică cu neuropatie
E. Kraepelin (1855-1926)	Germania	Tratat de psihiatrie. Clasificarea clinico--nosologică a bolilor psihice. Descrie demența precoce, PMD, paranoia, parafrenia
J.H. Jackson (1835-1911)	Anglia	Ierarhizarea funcțiilor, a simptomelor clinice și organizarea sistemului nervos
M. Prince (1854-1929)	S.U.A.	*The Dissociation of Personality*
S. Freud (1856-1939)	Austria	Psihanaliza
E. Bleuler (1857-1939)	Elveția	*Dementia Praecox or the Group of Schizophrenias* (1911)
Al. Obregia (1860-1937)	România	*Curs de psihiatrie* (1911-1912) Ciclofrenia
Clifford Beers (1876-1943)	S.U.A.	*A Mind that Found Itself* (1938)
H. Noguchi (1876-1928)	S.U.A.	Pune în evidență Treponima palidum în leziunile cerebrale de natură sifilitică
K. Jaspers (1883-1969)	Germania	Psihopatologia generală (1913)
J. Wagner von Jauregg (1875-1940)	Austria	*Malariaterapia* (1917)
A. Adler (1870- 1937)	Austria	Psihanaliza
C.G. Jung (1875-1961)	Elveția	Psihanaliza. Psihologia abisală
H. Rorschach (1884-1922)	Elveția	Psihodiagnosticul
E. Kretschmer (1888-1964)	Germania	Constituția și caracterul. Psihologia medicală (1924)
C. von Monakow (1853-1930)	Elveția	*Introducere biologică în studiul neurologiei și al psihopatologiei* (1928)
J.B. Watson (1878-1958)	S.U.A	Psihologia comportamentului (Behaviorismul)
H. Wallon (1879-1962)	Franța	Psihologia patologică (1920)
K.S. Lashley (1890-1958)	S.U.A	Neuropsihologia

E. Minkowski (1886-1972)	Franţa	Schizofrenia (1927). *Tratat de psihopatologie* (1966)
I.P. Pavlov (1849-1936)	Rusia	Reflexele condiţionate. Tipurile de activitate nervoasă superioară
H. De Jong şi H. Baruk	Franţa	Catatonia experimentală (1930)
E. Durkheim (1858-1917)	Franţa	*Du suicide* (1930)
J.M. Sakel (1900-1957)	Austria	*Şocul insulinic în tratamentul bolilor psihice*
E. Moniz (1874-1955)	Portugalia	Leucotomia. Psihochirurgia
K. Horney (1885-1952)	Germania	Personalitatea nevrotică a timpului nostru. Psihanaliza
J.L. von Meduna (1896-1964)	S.U.A.	Şocul cardiazolic în tratamentul bolilor psihice (1934)
F. Kallman (1897-1965)	Germania	Teoria genetică a schizofreniei
U. Cerletti (1877-1963) L. Bini (1908-1964)	Italia	Terapia prin electroşoc a bolilor psihice (1938)
L. Binswanger (1881-1966)	Elveţia	*Daseinsanalyse*
L. Kannnner (1894-1981)	S.U.A.	Autismul infantil (1935)
M. Klein (1882-1960)	Austria	Psihanaliza copiilor
A. Freud (1895-1983)	Austria	Psihanaliza şi educaţia. Mecanismele de apărare ale Eului
K. Menninger (1893-1990)	S.U.A.	*The human mind* (1930) *Man against himself* (1938)
H. Baruk	Franţa	Psihiatria morală şi socială
J. Delay (1907-1975 P. Deniker (1917-1999)	Franţa	Utilizarea clorpromazinei (largactilul) în tratamentul bolilor psihice
J. Cade (1912-1981)	Australia	Utilizarea sărurilor de litiu în tratamentul bolilor psihice
M. Jones	Anglia	*Therapeutic Community* (1953)
H.S. Sullivan (1892-1994)	S.U.A.	*The Interpersonal Theory of Psychiatry* (1953)
J. Masserman	S.U.A.	*Psihiatrie dinamică* (1956)
A. Meyer (1866-1950)	S.U.A.	*Psychobiology* (1957)

H. Ellenberger	S.U.A.	Etnopsihiatria. Psihiatria transculturală
H. Kuhn	Elveţia	Antropologie psihiatrică. Tratamentul depresiei cu imipramină (1958)
D. Cooper	Anglia	*Psychiatry and Anti-psychiatry*
C. Koupernick	Franţa	*L'antipsychiatrie*
T.S. Szasz	S.U.A.	*The Myth of Mental Illness* (1970)
M. Foucault (1926-1984)	Franţa	*Folie et déraison. Histoire de la folie à l'âge classique* (1961), *Naissance de la clinique* (1963)
H.W. Gruhle, R. Jung, W. Mayer-Gross, M. Müller	Germania	*Psychiatrie der Gegenwart* (1960-1967)
H. Göppinger H. Witter	Germania	*Handbuch der forensischen Psychiatrie* (1972)
M. Ristich de Groote	Franţa	*La folie à travers les siècles* (1967)
M. Sendrail	Franţa	*Histoire culturelle de la maladie* (1980)
J. Postel şi Cl. Quétel	Franţa	*Nouvelle Histoire de la psychiatrie* (1983)
S. Hemm, N. Sartorius, H. Helmchen, H. Lauter	Germania	*Contemporary Psychiatry* (2001)

Index tematic

COLLEGIUM. Psihologie

au apărut :

Adrian Neculau (coord.) – *Psihologie socială. Aspecte contemporane*
Andrei Cosmovici – *Psihologie generală*
W. Doise, J.-C. Deschamps, G. Mugny – *Psihologie socială experimentală*
Adrian Neculau, Gilles Ferréol (coord.) – *Minoritari, marginali, excluşi*
Constantin Cucoş – *Minciună, contrafacere, simulare. O abordare psihopedagogică*
Mielu Zlate (coord.) – *Psihologia vieţii cotidiene*
R.Y. Bourhis, J.-P. Leyens (coord.) – *Stereotipuri, discriminare şi relaţii intergrupuri*
Serge Moscovici – *Psihologia socială sau maşina de fabricat zei*
Adrian Neculau (coord.) – *Câmpul universitar şi actorii săi*
Adrian Neculau (coord.) – *Psihologia câmpului social. Reprezentările sociale*
J. Barus-Michel, F. Giust-Desprairies, Luc Ridel – *Crize. Abordare psihosocială clinică*
Andrei Cosmovici, Luminiţa Iacob (coord.) – *Psihologie şcolară*
Serge Moscovici (coord.) – *Psihologia socială a relaţiilor cu celălalt*
Willem Doise, Gabriel Mugny – *Psihologie socială şi dezvoltare cognitivă*
Ana Stoica-Constantin, Adrian Neculau (coord.) – *Psihosociologia rezolvării conflictului*
André Sirota – *Conduite perverse în grup*
Adrian Neculau, G. Ferréol (coord.) – *Psihosociologia schimbării*
Mircea Miclea – *Psihologie cognitivă. Modele teoretico-experimentale*
Mielu Zlate – *Psihologia mecanismelor cognitive*
Gilles Ferréol (coord.) – *Identitatea, cetăţenia şi legăturile sociale*
Mielu Zlate – *Introducere în psihologie*
Ion Dafinoiu – *Elemente de psihoterapie integrativă*
Eva Drozda-Senkowska – *Psihologia socială experimentală*
Cornel Havârneanu – *Cunoaşterea psihologică a persoanei. Posibilităţi de utilizare a computerului în psihologia aplicată*
Steve Duck – *Psihologia relaţiilor interumane. Teorie, concepte şi noţiuni fundamentale*
Valentin Clocotici, Aurel Stan – *Statistică aplicată în psihologie*
Gilles Ferréol (coord.) – *Adolescenţii şi toxicomania*
Adrian Neculau (coord.) – *Analiza şi intervenţia în grupuri şi organizaţii*
Pierre De Visscher, Adrian Neculau (coord.) – *Dinamica grupurilor. Texte de bază*
Mihaela Roco – *Creativitate şi inteligenţă emoţională*
Jean Delacour – *Introducere în neuroştiinţele cognitive*
Ion Dafinoiu – *Personalitatea. Metode de abordare clinică : observaţia şi interviul*
Septimiu Chelcea – *Un secol de cercetări în psihosociologie*
Aurel Stan – *Testul psihologic. Evoluţie, construcţie, aplicaţii*
Dan Goglează – *Psihoterapia ca relaţie a schimbării individuale. Strategii, cazuri, soluţii, comentarii*
Alex Mucchielli – *Arta de a influenţa. Analiza tehnicilor de manipulare*
Michel-Louis Rouquette – *Despre cunoaşterea maselor. Eseu de psihologie politică*
Vincent Yzerbyt, Georges Schadron – *Cunoaşterea şi judecarea celuilalt*
Mihai Kramar – *Psihologia stilurilor de gândire şi acţiune umană*
Jean-Claude Abric – *Psihologia comunicării. Teorii şi metode*
Ştefan Boncu – *Psihologia influenţei sociale*
Daniel Gaonac'h, Pascale Larigauderie – *Memorie şi funcţionare cognitivă*
Bruna Zani, Augusto Palmonari – *Manual de psihologia comunităţii*
Ion Dafinoiu, Jenő László Vargha – *Hipnoza clinică. Tehnici de inducţie. Strategii terapeutice*
Adrian Neculau (coord.) – *Manual de psihologie socială*
Mihaela Vlăsceanu – *Organizaţii şi comportament organizaţional*
Iolanda Mitrofan (coord.) – *Cursa cu obstacole a dezvoltării umane. Psihologie, psihodiagnoză, psihoterapie centrată pe copil şi familie*
Constantin Enăchescu – *Tratat de psihanaliză şi psihoterapie*
Jacques Montangero – *Vis şi cogniţie*
Constantin Enăchescu – *Tratat de psihosexologie*
Roy Schafer – *Interpretarea psihanalitică a testului Rorschach*

Patrick Rateau - *Metodele și statisticile experimentale în științele umane*
Ivana Marková - *Dialogistica și reprezentările sociale*
Zoltán Bogáthy (coord.) - *Manual de psihologia muncii și organizațională*
Dorina Sălăvăstru - *Psihologia educației*
Mielu Zlate - *Leadership și management*
Constantin Enăchescu - *Tratat de igienă mintală*
Mielu Zlate - *Tratat de psihologie organizațional-managerială* (vol. I)
Ticu Constantin - *Evaluarea psihologică a personalului*
Ana Stoica-Constantin - *Conflictul interpersonal. Prevenire, rezolvare și diminuarea efectelor*
Alex Mucchielli - *Arta de a comunica. Metode, forme și psihologia situațiilor de comunicare*
Nicolae Mitrofan, Laurențiu Mitrofan - *Testarea psihologică. Inteligența și aptitudinile*
Ion Dafinoiu, Jenő-László Vargha - *Psihoterapii scurte. Strategii, metode, tehnici*
Vasile Cernat - *Psihologia stereotipurilor*
Marius Milcu - *Psihologia relațiilor interpersonale*
Constantin Enăchescu - *Tratat de psihopatologie*
Romeo Zeno Crețu - *Evaluarea personalității*
Gerald Matthews, Ian J. Deary, Martha C. Whiteman - *Psihologia personalității. Trăsături, cauze, consecințe*
Daniel David - *Psihologie clinică și psihoterapie. Fundamente*
Mihai Curelaru - *Reprezentări sociale*
Daniel David - *Metodologia cercetării clinice. Fundamente*
Dennis Howitt, Duncan Cramer - *Introducere în SPSS pentru psihologie*
Ana Muntean - *Psihologia dezvoltării umane*
Alin Gavreliuc - *De la relațiile interpersonale la comunicarea socială. Psihologia socială și stadiile progresive ale articulării sinelui* (ediția a II-a)
Daniel David - *Tratat de psihoterapii cognitive și comportamentale*
Constantin Enăchescu - *Tratat de teoria cercetării științifice* (ediția a II-a)
Nicolas Guéguen - *Psihologia manipulării și a supunerii*
Mielu Zlate - *Tratat de psihologie organizațional-managerială* (vol. II)
Zoltán Bogáthy (coord.) - *Manual de tehnici și metode în psihologia muncii și organizațională*
Daniel David, Oana Benga, Alina S. Rusu - *Fundamente de psihologie evoluționistă și consiliere genetică. Integrări ale psihologiei și biologiei*
Serge Moscovici, Fabrice Buschini (coord.) - *Metodologia științelor socioumane*
Adrian Neculau - *Dinamica grupului și a echipei*
Mihai Aniței - *Psihologie experimentală*
Petru Lucian Curșeu - *Grupurile în organizații*
Gilles Amado, André Guittet - *Psihologia comunicării în grupuri*
Constantin Enăchescu - *Tratat de psihopatologie* (ediția a IV-a)

www.polirom.ro

Coperta: Radu Răileanu
Tehnoredactor: Alexandru Popovici

Bun de tipar: septembrie 2007. Apărut: 2007
Editura Polirom, B-dul Carol I nr. 4 • P.O. Box 266
700506, Iași, Tel. & Fax: (0232) 21.41.00 ; (0232) 21.41.11 ;
(0232) 21.74.40 (difuzare) ; E-mail: office@polirom.ro
București, B-dul I.C. Brătianu nr. 6, et. 7, ap. 33,
O.P. 37 • P.O. Box 1-728, 030174
Tel.: (021) 313.89.78 ; E-mail: office.bucuresti@polirom.ro

Tiparul executat la S.C. LUMINA TIPO s.r.l.
str. Luigi Galvani nr. 20 bis, sect. 2, București
Tel./Fax: 211.32.60, 212.29.27, E-mail: office@luminatipo.com

Psihologie

Constantin Enăchescu

TRATAT DE PSIHOPATOLOGIE

Aflat la a patra ediţie revăzută şi adăugită, *Tratatul de psihopatologie* abordează fenomenele psihice morbide dintr-o dublă perspectivă: cea a psihiatriei clinice, care furnizează *obiectul*, şi cea a psihologiei generale, care-i oferă *metodologia*. Prin prisma acestui model de gândire, sunt analizate tulburările proceselor psihice elementare, sindroamele psihopatologice şi bolile psihice. Răspunzând cerinţelor învăţământului universitar, *Tratatul de psihopatologie* se adresează studenţilor de la facultăţile cu profil umanist (psihologie, psihopedagogie specială, pedagogie, sociologie, asistenţă socială, drept), celor de la facultăţile de medicină, medicilor-cercetători, precum şi tuturor celor interesaţi de cunoaşterea aspectelor patologice ale vieţii psihice.

Psihopatologie generală • Normalitate şi anormalitate în viaţa psihică • Psihozele experimentale • Psihopatologie clinică • Psihopatologie nosologică • Nevrozele • Psihozele exogene • Psihozele endogene • Psihopatologie antropologică şi socială • Psihozele colective • Psihopatologia şi etica • Psihopatologie filozofică

Collegium


ISBN 978-973-46-0807-2

Editura POLIROM
www.polirom.ro